Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social

Carpeta Nº 2135 de 2007

Versión Taquigráfica N° 1321 de 2007

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Creación

DELEGACIONES

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 31 de octubre de 2007

(Sin corregir)

PRESIDEN: Señores Representantes Eduardo Brenta (Presidente) e Iván Posada (Vicepresidente).

MIEMBROS: Señores Representantes José Amorín, Alfredo Asti, José Carlos Cardoso, Silvana Charlone, Jorge Gandini, Carlos González Álvarez, Gonzalo Mujica, Lourdes Ontaneda y Héctor Tajam.

INTEGRANTES: Señores Representantes Miguel Asqueta Sóñora, Luis José Gallo Imperiale y Álvaro Vega Llanes.

ASISTEN: Señores Representantes Daniel Bianchi, Jaime Mario Trobo, Carlos Maseda y Javier García.

INVITADOS: Por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU): doctor Alfredo Toledo (Presidente), escribano Julio Lorente (Asesor), economista Luis Lazarof y Milton Fornaro (Prensa). (ver exposición)

Por la Federación Médica del Interior (FEMI): doctores Edgardo Mier (Presidente), Heber Machado y Álvaro Vero. (ver exposición)

Por las Sociedades Anestésico-Quirúrgicas (SAQ): doctores Gustavo Bogliaccini, José Luis Rodríguez, Rosario Amorín; doctores Alejandro Abal y Matías Abal (Asesores). (ver exposición)

Por la Academia Nacional de Medicina: doctores Roberto Quadrelli (Secretario General), Celso Silva, Eva Fogel de Korc y Gloria Roucco. (ver exposición)

Por la Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP): señores Alfredo Silva, Beatriz Fajián y Pablo Cabrera. (ver exposición)

Por la Asociación de Usuarios de Servicio de Salud (ADUSS): señoras Eloísa Barreda

(Coordinadora General) y María Raquel Cambeiro (Vocal). (ver exposición)

Por la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU): señora Miriam Cirisola (Secretaria de la Comisión de Salud); señores Carlos Colotuzzo, Diego Capela, y señoras Susana Nuez y Gladis Orsero. (ver exposición)

Por la Asociación de Laboratorios Nacionales: señores Ruben Donnangelo (Presidente), Jorge Tomasi (Secretario), Carlos Scherschener y Álvaro Martínez. (ver exposición)

Por el Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), doctor Antonio Durán (Presidente). (ver exposición)

Por la Asociación de Funcionarios de la Cámara de Representantes (AFUCAR): señores Gerardo Ximeno (Presidente), Carlos Lombardi y Adriana Gómez. (ver exposición)

SEÑOR PRESIDENTE (Brenta).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Es un gusto para nosotros recibir a esta delegación del Sindicato Médico del Uruguay integrada por su Presidente, el doctor Alfredo Toledo; por el asesor de prensa, señor Milton Fornaro; por el asesor económico, economista Luis Lazarof, y por el asesor jurídico, escribano Julio Lorente.

Como ustedes saben, esta Comisión está analizando el proyecto de ley por el que se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud y es de su interés conocer la opinión del Sindicato Médico del Uruguay al respecto.

SEÑOR TOLEDO.- Muchas gracias por la posibilidad que nos dan de estar aquí con ustedes.

Dejaremos un poco de lado la modalidad coloquial para hacer una lectura comentada sobre la trascendencia que tiene la temática que está a consideración. Haremos referencia a un documento que fue elaborado por el Centro de Estudios del Sindicato Médico como un aporte que consideramos trascendente para el proyecto que se está analizando en el Parlamento.

Dice así: "Hoy el sector salud se encuentra inmerso en un proceso de cambio y el Sindicato Médico en muchas oportunidades ha explicitado su opinión con relación al mismo. Opinión que no siempre ha sido bien entendida. Reconocemos la necesidad de cambio y esto es tan cierto como que los principios de una transformación del sistema de salud han tenido su origen en este Sindicato. En varias oportunidades hemos transmitido a las autoridades sanitarias nacionales, encargadas del diseño y la implementación del proceso de reforma de la salud, que el SMU tiene una visión complementaria y no contrapuesta, por tanto, esto no constituye un obstáculo sino un aporte que consideramos imprescindible para alcanzar las metas en el menor tiempo posible y que la sociedad uruguaya cuente con una mejor atención", lo cual, en definitiva, es la meta que todos buscamos.

"La particularidad de este aporte", de esta complementación, "es que el mismo se origina en el pensamiento y en el conocimiento de la actual situación de uno de los actores principales de un sistema de salud: el médico. Múltiples son las instancias en las que, a lo largo de su historia, el Sindicato Médico del Uruguay ha manifestado la necesidad de que el sistema fuera objeto de una transformación, tan imperiosa como postergada. Tanto desde la óptica del usuario como del médico, el sistema actual tiene carencias que hacen imprescindible un cambio. Fragmentado, asistencialista y con superposiciones que lo hacen ineficiente, este sistema" o asistema "implica para buena parte de los uruguayos serios problemas de equidad y acceso" insistimos en estos dos conceptos: equidad y acceso, "en tanto que para el médico propende al multiempleo, conspirando fuertemente contra la calidad de vida del profesional, la capacidad de su desempeño, la atención adecuada y el apego institucional. La Reforma del Sistema de Salud se plantea como un camino de solución a estos y otros problemas, y desde esa óptica, el SMU celebra este proceso" y aporta permanentemente para que el mismo salga de la mejor manera posible. "No obstante esto y sin apartarnos del espíritu constructivo

que ha caracterizado a este gremio, debemos marcar algunos aspectos que consideramos que son perfectibles, y otros que deberían incorporarse para que este proceso de reforma culmine con éxito.

Consideramos que la ley principal para la reforma del sistema de salud" como la que estamos hoy estudiando "debería contar con el apoyo de todos los partidos políticos con representación parlamentaria. Es necesario realizar un esfuerzo por armonizar y consensuar las distintas posiciones". Esto no es difícil desde el momento en que las dos leyes anteriores así fueron aprobadas. Por lo tanto, instamos al Legislativo, a los legisladores, a que intenten de todas maneras no embretar a todo un sistema con una aprobación que cuente solo con una parcialidad de los partidos aquí representados.

"Compartimos el planteo de que se requieren cambios en el Modelo de Financiación, en el Modelo de Gestión y en el Modelo de Atención. La ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud establece claramente el cambio del Modelo de Financiación, pero no plantea lineamientos claros en cuanto al cambio del Modelo de Gestión y ciertamente dice poco", muy poco, "sobre el cambio del Modelo de Atención. En relación a este último aspecto, su articulado precisa la Atención Primaria en Salud como estrategia para el primer nivel, pero da pocos elementos a la posterior reglamentación sobre cómo lograr efectivamente encauzar hacia allí el modelo de atención". Nosotros compartimos que debemos priorizar la atención primaria como modelo, como sistema y como estrategia para que la población uruguaya acceda rápidamente al sistema, porque eso sí es realmente prevención en la salud.

"Por otra parte, nada se dice acerca de la forma y de las condiciones del trabajo médico: concentración laboral, distribución territorial" de los recursos médicos, "seguimiento asistencial, tiempo de dedicación por paciente, focalización" de los recursos más especializados "en áreas carenciadas, acciones comunitarias, capacitación continua, acreditación" y homologación de títulos. "Las condiciones de trabajo de los médicos deben cambiar; es necesario avanzar en la concentración laboral (pública, privada y también docente); en la definición de un laudo único (público-privado)"; estamos hablando de un sistema nacional integrado y por lo tanto debemos ir en la búsqueda rápidamente de un laudo único "en la búsqueda de alternativas reales para la inserción del médico joven en el mercado laboral; en soluciones que den oportunidad para el retiro médico digno; en mejorar la relación entre los profesionales y las instituciones empleadoras; en la imprescindible necesidad que tiene el médico hoy día de capacitarse en forma continua. Debemos realizar el máximo esfuerzo para lograr la aprobación de la ley de Colegiación médica, de Residencias médicas y de Desarrollo médico continuo, las cuales deben formar parte del proceso de cambio y transformación del sistema de salud actual. Estos cambios seguramente permitirán una nueva forma de trabajo para el médico pero lo que es más importante darán respuesta a muchos de los inconvenientes e insatisfacciones planteados por la sociedad en relación a la atención médica. Es prácticamente imposible intentar un cambio del modelo de atención si no se acompaña de un cambio en las condiciones actuales de trabajo médico. La reforma hoy se construye sobre la hipótesis de que modificando una parte de la estructura administrativa, financiera y normativa el sistema será mejor", olvidándose de los principales actores.

"Estrechamente vinculado con esto último, vemos con honda preocupación la falta de pautas sobre organización y distribución de los recursos humanos lo que es fundamental a la hora de intentar cambiar el modelo actual de trabajo médico y también el modelo de atención", de ingreso, de acceso a los servicios de salud. "Esto conlleva el riesgo inminente de que la reforma quede restringida a un cambio en el modelo de financiación, es decir que se limite en un aspecto meramente economicista. Un aspecto también importante a destacar es la falta de definición con relación al lugar que la Facultad de Medicina y en particular el Hospital de Clínicas tendrán en el futuro Sistema Nacional Integrado de Salud. La formación médica es una carencia notoria de la redacción actual del proyecto de ley del SNIS".

En cuanto al Hospital de Clínicas como prestador y, a su vez, como formador de los recursos humanos, y por otro lado, la Facultad de Medicina, nos preguntamos qué recursos humanos médicos vamos a precisar en este marco que estamos transformando del Sistema Nacional Integrado de Salud. Es un debate, una propuesta, que todavía no la tenemos arriba de la mesa y que nosotros la consideramos como un riesgo si rápidamente no la implementamos. Tal vez no sea parte de esta ley, pero debe ser integrada rápidamente para complementar el proceso de transformación.

Continúo: "Se ve también con preocupación en esta ley, que el concepto de accesibilidad, fuertemente influenciado por los copagos y gastos colaterales al momento de requerir atención, pueda no resultar 'mejorado' por esta vía. Por un lado los copagos se han incorporado a las instituciones como importante

fuente de financiamiento y por otro resultan muchas veces en una barrera infranqueable para determinados estratos de la población al momento de asistirse. Pensamos deben reestructurarse de modo que se mantengan como un elemento regulador del flujo de atención pero de ninguna manera deben limitar la accesibilidad al sistema". Si bien la ley lo dice expresamente, queremos remarcar esta necesidad asistencial de que vayamos rápidamente rompiendo todas las barreras a la accesibilidad desde muchos puntos de vista: el económico el que venimos considerando, el geográfico y también la distribución de los recursos. Volcar equitativamente los recursos donde la vulnerabilidad de la población sea mayor, es realmente la forma razonable de distribuirlos y aplicarlos ya que, por supuesto, siempre son escasos.

"Desde nuestro punto de vista, la ley debería recoger con mayor fuerza y a título expreso la accesibilidad como principio general esencial del sistema". Todo lo que nosotros hagamos quizás no sea aplicable si no tenemos esa visión, es decir que además de la reforma financiera, la distribución de los recursos y la integración a un sistema, hay que asegurarse que la persona lo pueda utilizar, dejando de lado las barreras de los copagos. Cuando la población está enferma y tiene sus síntomas debe poder consultar rápidamente al servicio de salud.

"Están de más a nuestro entender todos los capítulos que definen diversos niveles de atención, ya que en la salud y particularmente en la transición del nuevo modelo, los hechos son muy dinámicos y no pueden quedar congelados en el tiempo ni en una ley". Hace referencia al Capítulo IV, Red de Atención en Salud. Esto está cambiando permanentemente y no parece razonable hablar de niveles en una ley. La norma en la salud es el desarrollo científico-tecnológico. Por lo tanto, hablar de una red de atención, buscar la coordinación y la complementación son elementos claves, pero no definir los niveles.

A nuestro entender, están de más todos los capítulos que definen diversos niveles de atención; sí lo vinculado con la necesidad de actuar en red, de coordinar, de complementar servicios y de esa manera lograr los principios básicos de accesibilidad y equidad, pero no embretarnos en definiciones de niveles, que son muy cambiantes por lo que está sucediendo en todo el mundo con la salud.

Este es un capítulo que especialmente está analizando el Centro de Estudios y le ha puesto un énfasis especial. No decimos no porque no, sino que decimos que no le agrega a la ley y de pronto nos quedamos atados a una situación que va a ir cambiando con demasiada rapidez.

"Consideramos" como sindicato "que los objetivos sanitarios del SNIS no están claramente definidos". Acá volvemos a insistir con la fuerza que debemos dar a la accesibilidad y, sobre todo, a la equidad. "La equidad se relaciona con otros objetivos de la reforma (la accesibilidad, la calidad de las prestaciones, la eficiencia y la sustentabilidad), y está solo parcialmente contemplada en la ley. Si bien la ley apunta como objetivo central al logro de la equidad, consideramos que persisten fuertes asimetrías en las prestaciones sanitarias" que rápidamente tenemos que romper. Los recursos los tenemos; es solamente un problema de redistribución y de definición e identificación de las áreas más vulnerables para allí focalizar equitativamente dichos recursos.

"Persisten en el SNIS diversas modalidades de regulación de la cuota mutual. El Proyecto de Ley define un proceso de transición por el cual las entidades que forman parte del SNIS y que ofrecen cobertura de salud integral, quedan sujetas a modalidades diferentes de regulación de sus cuotas. En particular, una de esas modalidades corresponde a las denominadas cuotas salud, las que se definirían de acuerdo a una estimación del gasto esperado según el riesgo de los diferentes grupos poblacionales (en principio según sexo y edad). Una segunda modalidad que tendría el Sistema corresponde a quienes continuarán bajo el actual régimen de contratación, vale decir con precios regulados también por el Estado pero que no se ajustan necesariamente a los costos esperados de la población cubierta".

Habría una tercera alternativa que aparece al final del segundo párrafo del artículo 55, cuando se habla de la cuota salud. Dice: "Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados [...]", pero esto todavía no ha sido definido.

Continúo: "En ambos casos", es decir, aquellos comprendidos en la cuota salud y quienes estén en este período de transición, "las empresas deberán ofrecer un conjunto de prestaciones que se definirán en forma taxativa, razón por la cual se expondrán al riesgo de enfrentar desequilibrios entre ingresos y egresos. Por lo tanto, la gestión de las empresas continuaría condicionada en parte a los problemas del escenario que se pretende corregir, lo cual puede impactar en la viabilidad institucional y sistémica." Y esto es muy importante

para el Sindicato Médico: "Esto trae aparejado un escenario laboral muy vulnerable, en relación directa al plazo de duración de una transición en la que convivirían modalidades múltiples de regulación de cuota".

También es preocupación del Sindicato Médico del Uruguay "[...] la condición variable en cuanto a su ubicación en el Sistema Nacional Integrado de Salud que han tenido las Emergencias Médico Móviles (EMM), lo cual impacta en las prestaciones que las mismas brindan y en la situación laboral de los profesionales que trabajan en ellas.

Si bien no se establecen plazos precisos para la entrada en vigencia de un nuevo esquema de contratación de las emergencias médicas por parte de las entidades de cobertura sanitaria integral, el mecanismo consistiría en la contratación del servicio de emergencia médica (probablemente claves 1 y 2). La emergencia médica (claves 1 y 2) constituye una parte ínfima de la actividad que desarrollan las emergencias médicas, en las que predominan los llamados no urgentes a domicilio y la actividad de policlínica. En la medida en que se establezca un pago del FONASA a las entidades de cobertura integral únicamente por la emergencia médica, quedaría el resto de la actividad financiado por el precio de la cuota salud o la cuota que en la actualidad pagan los afiliados a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

El escenario que se configuraría sería altamente riesgoso para las fuentes de trabajo médico que en la actualidad desarrollan su actividad en las Emergencias Médico Móviles, dependiendo críticamente de los acuerdos a los que pudieran arribar las entidades de cobertura integral con las EMM, bajo la incertidumbre acerca del modo en que finalmente se organice la atención que hasta el presente realizan los médicos empleados en las EMM".

Dejando de lado aspectos empresariales, las Emergencias Médicas han ocupado un espacio asistencial. La población siente la necesidad de requerir los servicios de emergencia y los utiliza no solo en aquello que llamamos clave, 1 sino en el día a día, en la consulta telefónica, en la visita en el domicilio. Como cuerpo médico, vemos que se trata de un espacio que hoy en día no puede ser ocupado lamentablemente por el sistema mutual, que estaríamos sobrecargando. De esta manera, llevaríamos a la ineficiencia, tanto a los prestadores integrales como a toda la población que hoy se siente tranquila, dejando de lado insisto si eso es o no lo correcto. Hablamos de un período de transición en el que las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva se están adaptando a una nueva forma de trabajo; nosotros no podemos sacrificar a los usuarios que hoy se sienten tranquilos, satisfechos y cubiertos. Si esto es correcto o no administrativamente poco les importa; este será un proceso que deberemos trabajar entre todos.

Reitero: desde el punto de vista del cuerpo médico da la impresión de que no deberíamos quitar esta posibilidad bruscamente. Insisto en que esto no lo dice el texto de la futura ley; la ley no marca una fecha, no hay un plazo cierto para instrumentar esto, pero debíamos dejarlo planteado.

Continúo: "Integración de los actores del sistema. Un Sistema Nacional Integrado de Salud como el que se crea en el proyecto debe articular a los 'prestadores públicos y privados'". Esto se expresa en el artículo 2º. "No obstante, en el desarrollo del mismo se perciben exclusiones significativas y no explicadas en su finalidad. Dice el artículo 11 que 'podrán integrar el Sistema', 'las personas jurídicas públicas, estatales y no estatales', y excluye a título expreso a los Ministerio de Defensa Nacional y del Interior [...]", sin fecha de integración y sin que la población sepa en qué condiciones va a quedar.

"Nada se dice respecto a las prestaciones dadas por el Hospital de Clínicas, los Gobiernos Departamentales," que cuentan con una importante red de atención primaria "el Banco de Previsión Social o el Banco de Seguros del Estado". Hoy, el Banco de Previsión Social atiende a los hijos de los trabajadores cuya atención, a partir de la aprobación de este proyecto de ley, también estará cubierta por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. También allí se atienden los partos de las esposas de trabajadores y tampoco se menciona cómo se va a lograr esa sintonía y esa complementación para que no sigan existiendo las superposiciones que queremos corregir en el nuevo Sistema.

"Como consecuencia de las exclusiones expresas del proyecto o la no mención de otras, el Sistema deja fuera del mismo a diversos servicios muy importantes en sus prestaciones al día de hoy y también genera una incógnita respecto de las poblaciones atendidas por esos prestadores".

El capítulo de las Cajas de Auxilio también ha sido preocupación del Sindicato. "El artículo 69 establece que los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales, se incorporarán

al Seguro Nacional de Salud, 'no más allá del 1º de enero de 2011'. Estas Cajas frecuentes en el ámbito de los trabajadores de la salud tanto médico como no médico, tienen una larga historia en el país que recoge cincuenta años de tradición en el marco de la negociación tripartita y acuerdos entre empresas, trabajadores y el Estado. En este sentido, el país, tanto por Tratados Internacionales vigentes como por expresión de la actual Administración, no solo respalda sino que estimula esta política, lo cual entraría en contradicción con la disposición que comentamos.

Por otra parte, las mencionadas Cajas, otorgan a sus trabajadores beneficios superiores a los brindados por el Estado a través del Banco de Previsión Social, por lo cual entendemos que la incorporación de esos trabajadores debería darse cuando se alcancen los actuales niveles de prestaciones brindados por las Cajas de Auxilio. Confidencialidad de la información respecto al usuario. Al definir los derechos de los usuarios (artículo 51), se establece entre ellos en el literal d), el de la 'confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso (del usuario) y con su estancia en las entidades que presten servicios de salud'. A continuación, en el mismo literal, establece que este derecho es 'sin perjuicio de las facultades' de la JUNASA, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos, 'cuando se trate de actos médicos financiados' por el Sistema".

Corresponde preguntarnos si esto no es una limitación del derecho y si no afecta de forma tal que deban ser revisadas esta redacción y su alcance. Esto es lo que sugerimos.

"Junta Nacional de Salud. La Junta Nacional de Salud que se constituye es el órgano encargado de 'administrar el Seguro' y cuidar el cumplimiento de 'los principios rectores y objetivos del Sistema' (artículo 24)". La Junta va a administrar el Seguro y cuidar los principios rectores del Sistema y sus objetivos.

"Estos 'cometidos' que se le atribuyen son eminentemente técnicos; no obstante la integración de la Junta es mayoritariamente política (artículo 25) y no técnica. En efecto, sus integrantes son cuatro en siete, designados por el Poder Ejecutivo en representación de dos Ministerios (Salud Pública y Economía y Finanzas) y un Ente Autónomo (Banco de Previsión Social que actúa como prestador, recaudador y controlador)", integrante la Junta. Por su parte, uno de los Ministerios que actúa, el Ministerio de Salud Pública, es el que tiene bajo su custodia a la Junta Nacional de Salud, transformada en un organismo desconcentrado.

Continúo leyendo: "La participación social (prestadores, trabajadores y usuarios) es minoritaria pero además tiene algunas limitaciones, tanto en la integración, la designación como en el funcionamiento mismo de la Junta, que creemos importante señalar. En primer lugar, es conocida la fragmentación que existe en cada uno de los grupos de representación social, lo cual generará exclusiones de participantes significativos, tanto en una 'selección democrática' como está previsto para el futuro, como en las propuestas que realicen 'sus organizaciones representativas' para la primera integración, obligando al Poder Ejecutivo a seleccionar a algunos, excluyendo a otros y aumentando de esta manera, la influencia del poder estatal, por lo menos en la Junta que se integre inmediatamente después de la aprobación de la ley y hasta tanto no se dicte la reglamentación respectiva (artículo 26). A título de ejemplo de lo que terminamos de exponer, en una 'selección democrática', el simple juego de mayorías como está previsto en la ley para el futuro, determina que el representante de los trabajadores sea siempre un no médico. De esta manera, se llegaría al absurdo que la integración de un órgano técnico no incluya ningún médico, lo cual es posible si nos ajustamos al texto estricto del proyecto en estudio. A lo dicho debe agregarse que la Junta puede sesionar con un quórum de cuatro miembros, o sea que, los representantes del Poder Ejecutivo (Ministerios y BPS) sin la presencia de los actores sociales pueden sesionar válidamente. En tercer lugar, al Presidente de la Junta se le otorgan fuertes facultades de resolución, en la medida que puede 'adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias', sin definir en qué consisten las mismas, determinar su alcance ni acotarlas, las que para ser modificadas requieren 'por lo menos el voto de cinco miembros de la Junta' o tres mientras no se incluyan los representantes sociales (artículo 29 literal c). Pueden existir distintas combinaciones pero a título de ejemplo para levantar una medida adoptada por el Presidente en carácter de urgente, será necesario que se opongan todos los actores sociales más dos de los cuatro representantes del Poder Ejecutivo. Y mientras no estén integrados prestadores, trabajadores y usuarios, será necesaria la oposición de todos los demás integrantes políticos de la Junta para levantar una resolución del Presidente. En último lugar y no por ello menos importante, el hecho de haber pasado de ser un Servicio Descentralizado a un 'organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública' (artículo 23), significa para la Junta estar mucho más sujeta a los vaivenes políticos que antes. En efecto, en la medida que la Junta era un Servicio Descentralizado

requería para su nombramiento, la propuesta del Consejo de Ministros y la venia del Senado otorgado por tres quintos de votos (artículo 187 de la Constitución), a partir de ser un órgano desconcentrado del MSP, la integración de los miembros de la Junta, se realiza y puede ser removida por una simple decisión Ministerial. Por las razones expuestas, consideramos necesario darle al órgano rector del Sistema, un carácter de integración fundamentalmente técnico y no dependiente totalmente del poder político como se constituyó en el proyecto de ley". El ejemplo más cercano que tenemos es lo que acontecía con ASSE hasta hace cuestión de dos meses: siempre la integración como organismo desconcentrado fue técnica y no de carácter político. Todas las funciones que tiene la Junta están vinculadas con aspectos técnicos cuya resolución requiere de los conocimientos adecuados. Por lo tanto, prácticamente más importante que la integración numérica es la integración calificada de quienes van a estar formando parte de este nuevo organismo que se crea en el proyecto de ley.

Sigo leyendo: "Para finalizar un hecho que tampoco comprendemos es que los miembros de la Junta tengan el 'carácter honorario'. Los importantes cometidos (administrar el Seguro Nacional de Salud y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS) que tiene la Junta hacen que seguramente sus miembros tengan una tarea a tiempo completo y que la misma tenga restricciones e incompatibilidades por lo cual es difícil considerar que puedan desempeñar la misma sin una justa retribución".

Gracias, señor Presidente.

SEÑOR GARCÍA.- Lo que acaba de leer el doctor Alfredo Toledo figurará en la versión taquigráfica, pero para abreviar tiempo solicito que, si es posible, deje una copia para poder tenerlo en tiempo real.

La primera consulta que quiero realizar refiere a todo el proceso, que terminó en este proyecto de ley. Cuando nos visitó la señora Ministra de Salud Pública, fundamentó todo el proceso de elaboración del proyecto en una amplia participación; además, fue dicho públicamente en reiteradas ocasiones. Es decir, entre las cosas que se señalaron como beneficios que tenía este proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud figura que en su confección había participado activamente un sinnúmero de organizaciones, no solo en el diseño, sino también en la práctica cotidiana de las políticas de salud. Me refiero tanto a organizaciones gremiales como a las empresas de la salud, a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva; es decir, a una serie de organizaciones que conformaron lo que se llamó "Consejo Consultivo de la Salud". Si bien este es un proyecto que envía el Poder Ejecutivo, se nos dijo que era el fruto del trabajo que llevó a cabo durante dos años y medio el Consejo Consultivo de la Salud.

Me llama poderosamente la atención lo que acabo de escuchar, porque sé que el Sindicato Médico del Uruguay integró el Consejo Consultivo de la Salud; si no lo supiera, lo habría imaginado. Ahora, no entiendo cómo es posible que tengamos un proyecto que es fruto del trabajo del Consejo Consultivo de la Salud y que haga este planteo uno de los actores principales de la salud en el país, que es el Sindicato Médico del Uruguay, entidad gremial que tiene dos características: primero, integra a un número muy importante del cuerpo médico nacional y, segundo, tiene el centro asistencial más grande del país. Entonces, me pregunto cómo es posible que surja este tipo de críticas. Como me decía la señora Diputada Caballero, están haciendo una autopsia al proyecto. Sí, esto fue una autopsia del proyecto. Se hizo un sinnúmero de críticas y se cuestionó todo el proyecto, los más de setenta artículos que lo integran e, inclusive, se planteó sacar capítulos enteros. ¿Cómo es posible que uno de los principales integrantes del Consejo Consultivo haga estas críticas? ¿No hubo posibilidad de realizar estas críticas en el proceso? ¿Ustedes participaron realmente? ¿En dos años y medio, cuántas veces fueron convocados?

Nosotros tenemos entendido que lo que llegó acá es fruto del trabajo del Sindicato Médico del Uruguay, entre otros protagonistas.

SEÑOR TOLEDO.- Nosotros participamos de todas las instancias en las que se nos dio participación valga la redundancia en el Consejo Consultivo de la Salud y en otros ámbitos a los cuales fuimos invitados, y siempre hemos expuesto ha quedado documentado cuál es la posición que tuvimos como Sindicato en estos tres años en los que se habló de la reforma de la salud. Pero se trata de un Consejo Consultivo; nosotros vamos hasta allí. Expusimos estas mismas definiciones, estas posturas, en ese ámbito, pero después están la discusión que se da a otro nivel y las decisiones que se adoptan a otro nivel. Corresponde al Poder Ejecutivo tomar la decisión de adoptar algunas de las propuestas que surgieron del Sindicato no digamos que no y otras no.

En lo que hace a los grandes principios, evidentemente, estamos de acuerdo con el proyecto y consideramos que están contemplados, pero hay algunas cosas que quedaron por el camino. Tenemos un comparativo que estamos leyendo ahora y que es la tercera versión que toma el proyecto del Poder Ejecutivo, el proyecto de la Comisión de Salud y Asistencia Social y el que ahora está a estudio, con los cambios que se han producido. Evidentemente, ha habido cambios pero, si se nos pregunta, nos hubiera gustado que para cada uno de ellos se hubiese requerido una citación al Consejo Consultivo para seguir opinando, pero quizás eso podría ser un proceso demasiado lento.

Realmente, hubiéramos preferido otra dinámica de trabajo del Consejo Consultivo y consideramos que teníamos muchos aportes para hacer que aquí se están planteando que no fueron tenidos en cuenta.

SEÑOR GARCÍA.- Antes de pasar a la segunda pregunta, quiero hacer una anotación a la delegación del Sindicato. En estos dos años y medio, ¿cuántas veces se les llamó a reuniones con el Consejo Consultivo para analizar el proyecto de ley de reforma de la salud?

SEÑOR TOLEDO.- En el caso de las tres leyes, el esquema de trabajo, en general, consistía en que cuando estaba la redacción final se llamaba al Consejo Consultivo, se hacía una presentación del proyecto de ley, se entregaba el documento y se ponía un plazo para hacer las sugerencias de modificaciones. A veces, había una segunda instancia a la semana o semana y media con la redacción final del documento. Esa fue la dinámica de trabajo con el Ministerio. Luego de oír la presentación, nosotros hacíamos llegar al Ministerio las sugerencias o los documentos complementarios.

Cada proyecto de ley nos reunía una, dos o, a lo sumo, tres veces, para analizar el trabajo que luego venía al Parlamento. Inclusive, en oportunidad de alguna ley que volvió al Poder Ejecutivo creo que fue la de la descentralización de ASSE para su análisis, no se planteó su consideración en el Consejo Consultivo.

SEÑOR GARCÍA.- Es decir que para este proyecto, fueron una, dos o tres veces; una vez, seguro, no sabemos si fueron dos o tres. Esa fue la consulta respecto a la participación que hubo para la redacción de este proyecto.

La segunda observación, es la siguiente. En el análisis que hace el Sindicato Médico se reitera la eminente participación o preeminencia del Gobierno, del Poder Ejecutivo o del Estado. Esas fueron las tres categorías que se usaron en el informe del Sindicato. Mi pregunta no es acerca de un artículo sino de un concepto concreto. En este modelo centralizado que se plantea, con una mayoría netamente estatal y con las características que ustedes señalaban, ¿consideran que hay un proceso de estatización de la salud? Si es así, ¿qué consecuencias tiene?

SEÑOR TOLEDO.- Como Sindicato no profundizamos en ese tema. Lo que sí nos interesa sobremanera como Sindicato es cuál va a ser el formato de trabajo de los médicos, cómo van a trabajar y cuáles son las mejoras que podría haber en el marco de este sistema.

No ahondamos en eso porque no hacía a la temática, salvo que hubiéramos encontrado un riesgo especial. En uno y otro sistema el Sindicato pone especial énfasis y lo planteó en su informe en las condiciones que se deben dar para que el trabajo médico se realice de una manera diferente a la que tenemos hoy. Esa es una reforma y una transformación y va a cambiar uno de los problemas más evidentes.

Realmente, no hemos profundizado en la problemática de la estatización.

SEÑOR GARCÍA.- Esta pregunta es más bien para el CASMU, pero como no está citado quisiera plantearla ahora y, si pueden, la contestan. ¿Cuál fue el tipo de información que solicitó el Ministerio de Salud Pública al CASMU para el diseño de las cuotas salud?

SEÑOR LAZAROF.- Sabemos que se solicitó información al conjunto de las instituciones de asistencia médica colectiva. Se hizo un cálculo en base a un conjunto de datos financieros y asistenciales y, en función de ellos, agrupados de acuerdo al sexo y edad de la población, se calculó la estructura de la cuota salud. Lo que se definió es la estructura que está por debajo del precio. Sabemos que se hizo con

la colaboración del CASMU y con el conjunto de las instituciones, y la metodología que nos transmitieron que se siguió es que se seleccionó un conjunto de empresas con criterios que no se definieron explícitamente y se tomó una muestra de esas instituciones y, en base a ellas, se hizo el cálculo de la cuota salud que hoy está fijada para reembolso en el caso de quienes entran en el sistema.

SEÑOR ASTI.- En primer lugar, quiero saludar a la delegación porque no me encontraba en Sala cuando ingresaron.

Quiero formular una pregunta y una consideración.

Es muy buena la aclaración que se acaba de hacer porque ayer se había informado que no habían sido consultadas las empresas prestadoras de salud, en este caso, del sistema mutual. Viene bien la corrección que se hace en este sentido.

El doctor Toledo señalaba que hay tres modalidades de cuota: la cuota salud por las cápitas ajustadas por edad y sexo y metas asistenciales que venían ya del FONASA, las cuotas fijadas administrativamente para quienes no quedan incluidos en el seguro y las del artículo 55. A nuestro entender, las del artículo 55 son las cuotas salud ajustadas por sexo, edad y cumplimiento de metas asistenciales; simplemente con un término más genérico, se hace referencia a "grupos poblacionales determinados". Sin embargo, creo que no hay tres tipos de cuotas. Inclusive ayer, en presencia de las autoridades del Ministerio de Economía y Finanzas discutimos dos modalidades: la actual, que se mantiene para quienes no son beneficiarios del seguro por estar vinculados a un trabajador afiliado, y las que seguirán por el régimen actual.

SEÑOR LAZAROF.- El planteo del Presidente del Sindicato Médico no hace referencia necesariamente al cambio de modalidad sino al hecho de que hubo una modificación entre el proyecto de ley anterior y este en el que, previamente, se definía en forma explícita que era por sexo y edad y otras variables que pudieran agregarse. No voy a ser preciso en esto pero, conceptualmente, se planteaba así. En este proyecto a estudio de la Cámara de Diputados se cambia la redacción por "grupos poblacionales" y no se establece en forma explícita que sea por sexo y edad. Nos queda la confusión respecto a los criterios. No entendimos tampoco cuál fue la razón por la que se cambió el criterio cuando ya viene del FONASA, como bien se decía. Quizá se entienda a partir de la lectura de la versión taquigráfica de los debates de la Cámara de Senadores, pero la verdad es que no lo entendimos. No se entiende claramente la razón por la cual esa formulación fue modificada y si es que responde estrictamente al mismo criterio que venía del proyecto anterior o hubo algún cambio en particular.

Quiero aclarar que el Presidente del Sindicato Médico hacía referencia a la regulación de las cuotas de las instituciones de asistencia médica colectiva, pero también hay otras modalidades. En última instancia, el presupuesto que se asigna por ASSE tiene una cápita implícita y también forma parte de esa modalidad. Hay seguros privados que funcionan por fuera del sistema con regímenes de contratación distinto, es decir, regulados y desregulados; hay una multiplicidad de situaciones. Ponemos el énfasis explícitamente en este punto porque lo consideramos importante.

SEÑOR MUJICA.- De la exposición que realizó el Sindicato Médico y del documento que nos acaban de presentar, me surge una duda respecto a cuál es la razón por la que ustedes apoyan este proyecto.

SEÑOR TOLEDO.- Lo importante que queríamos destacar es que este documento es recuperable, tiene los dos principios básicos que el Sindicato Médico ha defendido, apunta y va en un camino de reforma y de transformación de un sistema, que todos sabemos que tiene que ser transformado. La responsabilidad que tenemos como Sindicato es, primero, decir que tiene cosas buenas, que recoge muchos de los principios que históricamente hemos trabajado. Creemos que puede ser mejorable, pero también tenemos que reconocer que hay algunos puntos que nos dejan muchísimas dudas y eso finalmente va a terminar generando una nueva frustración en la población, que está esperando un nuevo sistema y se va a encontrar con que este, si bien satisface las necesidades administrativas y financieras, no lo hace con las asistenciales, que son las que como Sindicato mayormente nos preocupan. Tenemos un documento con muchísimos elementos rescatables y destacables. Ya tenemos dos leyes aprobadas que ponen en funcionamiento una nueva dinámica; entonces, consideramos que

respecto a esta tercera también debíamos dar nuestra opinión. Hubiera sido mucho más sencillo y la lista mucho más larga y no de solo seis hojas si hubiéramos dicho todo lo bueno que tiene el documento al que hicimos referencia. Lo bueno está escrito y lo apoyamos, pero queríamos marcar algunos de los puntos que nosotros consideramos que podían estar generando inconvenientes a partir del 1º de enero.

SEÑOR MUJICA.- Comprendo el razonamiento que hace la Dirección del Sindicato Médico, porque yo también creo que el proyecto seguramente es perfectible. Pienso que el proceso de transformación de la salud va a requerir nuevas intervenciones. Ahora bien, lo que me hace apoyar un proyecto es si el resultado final no va a ser una frustración para la gente sino un avance, de lo contrario, no lo puedo respaldar. ¿Ustedes consideran que el resultado de la aplicación de este proyecto de ley va a ser un avance para el estado sanitario del país, para la atención de la salud de nuestra población o una frustración?

SEÑOR TOLEDO.- Tal como está, nosotros no podemos decir que esto vaya a significar una mejora y que no se transforme en una nueva frustración. Si vemos que esto es parte de un proceso en el cual vamos a continuar, habría que explicitarlo muy bien con la población para poder definirlo.

En principio, vemos riesgos serios porque hay una temática que destacamos aquí que no se tiene en cuenta, que no la podemos coordinar y que puede terminar afectando la asistencia. De lo contrario, no nos movíamos. Para nosotros, el producto final de este proyecto de ley no es el esperado; si fuera así, nos quedaríamos callados esperando los procedimientos.

Ponemos a disposición de los legisladores un documento para que se tenga en cuenta y se vea si se puede modificar o si esto es conducente; si no hay espacio, igualmente vamos a seguir en el trillo, trabajando y buscando la forma de solucionar los problemas que legislativamente no hayan sido contemplados.

SEÑOR GARCÍA.- Quería formular unas preguntas, pero luego de lo que acabo de escuchar, las retiro. Las respuestas del Sindicato Médico han sido más que contundentes.

Voy a hacer una aclaración. Lo que ayer dijimos fue que las instituciones brindaron información global, no que no la habían brindado, y me acuerdo hasta del ejemplo que cité. Manifesté que es muy difícil que una institución sepa cuánto gasta de masa salarial en un socio de 37 años. Sé qué pregunta hice y cuál fue la respuesta; está en la versión taquigráfica. Se dijo que ayer se expresó que no se había solicitado información; no fue así, y figura en la versión taquigráfica. Pero no hago más preguntas después de lo que escuché.

SEÑOR ASTI.- Voy a hacer una precisión.

Cuando el doctor Toledo se refería a "documento", en algún momento me pareció que podía estar confundiendo simplemente para que conste en la versión taquigráfica el concepto de "documento" con "proyecto". En algunos casos se refirió al proyecto, que tenía cosas buenas, pero dijo documento. Creo que se refirió con el mismo término a los dos escritos que tiene.

SEÑOR MASEDA.- Damos la bienvenida a la delegación.

La semana pasada participamos en una actividad de la Federación de Funcionarios de Salud Pública en la que el Presidente del Sindicato Médico hizo su intervención. Hemos participado en más de una oportunidad en los ámbitos parlamentarios, como en la descentralización de ASSE, con la presencia del Sindicato Médico, que en varias oportunidades ha hecho llegar a la Mesa lo voy a tomar desde el punto de vista más fácil insumos válidos para una discusión en lo que significa la elaboración de una ley que debe tener, sin lugar a dudas, como estrategia como lo ha dicho la señora Ministra y las autoridades de Salud Pública un proceso gradual. Como el señor Diputado Mujica expresó muy bien, esta es una ley perfectible, que puede ser modificada. Ninguna ley por sí sola, aunque tenga los mejores artículos, o la mejor redacción o la perfección en el concepto de lo que puede intentar decir, puede salir adelante si no existe el compromiso de todos los actores, sobre todo en un tema tan importante como es el de la salud.

Por lo tanto, creo que es muy importante la presencia del Sindicato aportando esta serie de insumos que, al igual que los que trajo cuando se trató el tema de ASSE, son muy válidos. Quizás en aquella oportunidad algunos no se tuvieron en cuenta porque llegaron al final de la discusión, cuando el proceso ya se había dado en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, pero de cualquier manera fueron muy relevantes.

El Sindicato Médico no fue invitado o no participó en la Comisión del Senado, por eso es válida su presencia hoy aquí. Obviamente, se debe saber que en toda discusión parlamentaria se puede estar de acuerdo o no. Yo me quedo con la idea gracias a la moción del señor Diputado García de que el Sindicato Médico tiene una visión complementaria y no contrapuesta. Creo que eso es bueno porque marca un camino de compromiso de parte de todos los actores de la salud, que nos involucra en un proceso nuevo, que no podemos decir que ya lo visualizamos. Y como todo proceso nuevo necesita, por sobre todas las cosas, el compromiso de los actores, que constituyen el corazón, es decir, el factor médico en la atención de la salud. Sin lugar a dudas, el médico juega un papel.

Todos estamos preocupados por este Sistema Nacional Integrado de Salud, hasta los legisladores que somos parte del Gobierno porque quienes vivimos en el interior y conocemos las dificultades que a veces existen para contar con una bicicleta ergométrica en un hospital central, como ocurre en la capital de Artigas que no tiene, sabemos que eso es parte de los desafíos. Nosotros, sin conocer la salud, pero siendo usuarios, estamos preocupados para que esas cosas, en este Sistema Nacional Integrado de Salud, puedan generar el derecho igualitario, de equidad que cualquier ciudadano debe tener para que su atención sea respetada.

Muchos de nosotros no somos médicos, pero hoy se da una situación muy especial porque estamos discutiendo correctamente este proyecto integrados con la Comisión de Hacienda, porque esta iniciativa tiene mucho que ver desde el punto de vista económico. Estas dos Comisiones no están integradas totalmente porque entiendo que el señor Diputado Olano Llano debería participar de estas sesiones porque es un médico...

(Interrupción del señor Representante José Carlos Cardoso.- Respuesta del orador)

—— Lo digo con respeto porque el Presidente del Sindicato Médico del Uruguay sabe la actitud que ha tenido el señor Diputado Olano Llano en momentos difíciles para la salud; entiendo que como legisladores, su actitud, el hecho de quitarse la camiseta y su honestidad hasta desde el punto de vista político para encontrar soluciones a los problemas, nos merece un ámbito de respeto.

Me quedo con lo que dice este documento, que tiene una visión complementaria. En momentos en que comencemos a votar artículo por artículo, veremos cómo podremos dar lugar a lo que plantea, con todo derecho, el Sindicato Médico del Uruguay.

SEÑOR TOLEDO.- En la misma línea de pensamiento del señor Diputado, quiero decir que en nuestra segunda frase establecimos por eso la subrayamos que es una visión complementaria.

Acá estamos haciendo uso de una posibilidad que se brinda a un actor social, como es el Sindicato Médico del Uruguay, de exponer su posición, en el acierto o en el error. Tal vez en el día de mañana volvamos a mirar el documento y el Centro de Estudios nos presente otro distinto. Esto tiene un dinamismo muy grande. Reitero que estamos haciendo uso de la posibilidad que se nos da de conversar con los señores Diputados.

Independientemente de lo que se apruebe, nosotros vamos a seguir en esto, nadie se pondrá en contra, y estaremos en la cancha, como estamos hoy, cinchando para adelante porque, en definitiva, de otra manera no ganaríamos nada. Acá no hay un juego de contrarios ni de enemigos, sino que estamos todos en la misma. Nos dieron este espacio, venimos y decimos qué es lo que pensamos; nos costó construirlo y dijimos que debíamos salir de la modalidad coloquial porque a veces, cuando uno habla, se olvida de algunas cosas. Estos momentos que está viviendo la salud y quienes estamos en ella desde hace muchos años no es para olvidarse, porque estamos haciendo historia y ustedes, como legisladores, nos están ayudando.

Creo que se entendió claramente cuál es nuestro espíritu. Insisto en que pase lo que pase acá, nosotros vamos a seguir trabajando en la salud y el Sindicato Médico del Uruguay seguirá vivo. El marco normativo que tengamos es el que se aplicará para hacer mejor las cosas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho la presencia de los representantes del Sindicato Médico del Uruguay.

(Se retira de Sala la delegación del Sindicato Médico del Uruguay)

—— La Mesa deja constancia en la versión taquigráfica de que se acordó iniciar la sesión de mañana a la hora 10 para votar en general y en particular este proyecto de ley. Asimismo, se propuso que en la sesión de Cámara del día martes se vote la suspensión de la sesión ordinaria del miércoles y que ese día se realice una sesión extraordinaria, cuyo horario se acordará posteriormente. De todos modos, dos señores Diputados propusieron comenzar antes de la hora 16, por ejemplo, a la hora 14 o a la hora 10. Esto será trasladado a los coordinadores de los partidos para que se acuerde en el ámbito correspondiente.

Al mismo tiempo, se acordó votar en la Comisión de Hacienda un proyecto de ley enviado por el Senado luego veremos el mecanismo que está asociado al que estamos considerando, en la medida en que ajusta las exoneraciones a las instituciones mutuales, en función de la nueva normativa. Como dije, esto lo analizaremos en la Comisión de Hacienda y estableceremos los mecanismos correspondientes.

SEÑOR TROBO.- Quiero hacer un planteo que puede parecer que está fuera del debate que se está realizando en la Comisión, pero quiero dejar constancia de ello en la versión taquigráfica.

Está claro que cuando vinieron la señora Ministra de Salud Pública y el señor Olesker planteé una preocupación relativa a la pérdida de atención en el sistema de salud que sufrirían los jóvenes al cumplir los dieciocho años, a pesar del pago del impuesto por parte de sus padres. También está claro que esa cuestión que planteamos en ese momento la reiteramos cuando vino el señor Ministro interino de Economía y Finanzas, y las razones que dieron, tanto el economista Bergara como la señora Ministra, como una primer respuesta a nuestro planteo, fueron que alguna medida había que tomar, alguna raya había que pasar, algún límite había que poner, y se había entendido que ese era el criterio. Inclusive, el señor Ministro interino de Economía y Finanzas profundizó diciendo que esto se debía a que la mayoría de edad se adquiría a los dieciocho años

También está claro que el señor Diputado Gandini, teniendo en cuenta esas expresiones del señor Subsecretario, señaló, recordando su autoría del proyecto de ley que estableció la emancipación a los dieciocho años, que algunos aspectos que históricamente tienen que ver con el concepto de mayoría de edad seguían vinculados a los veintiún años. Y está claro que desde la bancada del Partido Nacional, y en particular desde mi posición, este planteo ha sido hecho reiteradamente; y está claro también que en la sesión del día de ayer nosotros le dijimos al Subsecretario de Economía y Finanzas que al menos permitieran que el joven pagara el mismo valor que le estaba siendo acreditado como cápita en el sistema mutual como consecuencia del pago del impuesto por parte de sus padres.

Si alguien tiene alguna duda de que los hechos fueron estos, desearía que lo dijera ahora en la Comisión, porque me he visto sorprendido, diría ingratamente sorprendido porque me parece un procedimiento que no corresponde a la buena relación entre los parlamentarios, con una información pública de persistencia en las últimas horas. Tengo en mi poder una nota periodística publicada en el diario "El Observador" en donde se señala que la autoría de esa iniciativa, la preocupación planteada y la demanda de atender a ese sector de jóvenes ha sido de la bancada de Gobierno y, en particular, del señor Diputado Gallo Imperiale. Voy a leer el artículo publicado en "El Observador" porque me causó una impresión desagradable y, en cierta medida, quiero compartirla, además, porque estamos presentes todos los que hemos participado de este debate en las últimas horas. La nota se titula: "Cuota de mutualista rebajada para jóvenes. Quieren evitar que salgan del sistema sanitario tras cumplir la mayoría de edad", y dice: "El gobierno extenderá uno de los beneficios de la reforma de la salud a los jóvenes de entre 18 y 21 años, que si bien no tendrán una exoneración total de los gastos de salud, deberán pagar solo unos $ 419 en vez de los más de $ 1.100 que cuesta una mutualista. La comisión de Salud integrada con Hacienda de Diputados recibió ayer al ministro de Economía en ejercicio, Mario Bergara, a quien el Diputado de Asamblea Uruguay, Luis Gallo, le propuso la idea. Bergara la aceptó, pero no obstante se comprometió ante la Comisión de Salud a dar una respuesta formal en menos de 48 horas. [...] La ley que crea el Seguro Nacional de Salud establece que todos los padres con hijos menores de 18 años pagarán 6% de sus ingresos líquidos. Ellos y sus hijos recibirán a cambio atención médica gratuita. Las parejas sin hijos pagarán aportes equivalentes al 4,5% de sus salarios. Hoy abonan 3%. Durante la discusión en el Senado, la bancada oficialista introdujo un cambio, que permitirá permanecer en el sistema a

los jubilados que se retiren luego de la puesta en práctica de la reforma sanitaria, prevista para el 1º de enero de 2008. Aportarán lo mismo que cuando trabajaban. Ahora los diputados oficialistas consideraron la situación de los jóvenes que no tienen trabajo y que al cumplir la mayoría de edad quedarían inmediatamente fuera del seguro. En ese caso, deberían atenderse en Salud Pública o pagar una mutualista. Para que eso no pase, Gallo propuso crear un período de transición entre los 18 y 21 años, en el que los jóvenes pagaran solo el valor de la cuota salud que hasta el momento abona el Estado, que es de aproximadamente $ 419. Esta propuesta no tendrá ningún costo fiscal para el Estado, ya que será el usuario el que pague la cuota, como si estuviera aún dentro del seguro. Además, es otra señal desde la izquierda para la clase media, que ya ha sido afectada por la reforma tributaria. 'El objetivo es darle la posibilidad de que el joven siga protegido en su salud, no pagando la cuota mutual sino la cuota salud. Estaría por fuera del seguro, pero como todos los uruguayos estaría dentro del sistema por un período de transición pagando menos de la mitad', dijo Gallo a El Observador. La propuesta tiene el objetivo de atender a un sector etario al que le es muy difícil conseguir trabajo y en el que predominan los estudiantes. 'En la franja de 18 a 21 años no se trabaja, sobre todo hay estudiantes. En ese sentido, la finalización de este mecanismo de seguro generaría una situación complicada', dijo a El Observador el Diputado Eduardo Brenta. En ese sentido la Vertiente Artiguista está impulsando una serie de proyectos para promover el trabajo juvenil".

Se podrán imaginar que podría hablar un minuto o diez horas de esto; simplemente, quería dejarlo de manifiesto para que de la lectura de la versión taquigráfica surja la actuación que hemos tenido hasta el momento en este tema, lo que dice la nota periodística y trasmitir con mucha tranquilidad de espíritu la profunda desazón y desagrado que me ha provocado este episodio, que creo que es injustificado y no refiere a una práctica parlamentaria de respeto, al menos, de las iniciativas y los planteos que se realizan. Me parece que es una desvirtuación de la realidad que, por lo menos para mí, no tiene antecedentes.

SEÑOR ASTI.- No quise interrumpir al señor Diputado preopinante, pero tenemos una delegación afuera. El horario de funcionamiento de la Comisión es por lo menos hasta la hora 16, y estamos haciendo esperar a una delegación para dejar una constancia en la versión taquigráfica.

(Interrupción del señor Representante Trobo)

—— Estoy planteando como cuestión de orden que se continúe con el orden del día.

SEÑOR TROBO.- Mire, señor Diputado Asti: yo he hecho este planteo con seriedad y con responsabilidad; no me falte al respeto, no me tome el pelo. ¿Está claro? ¡Porque esto es una tomadura de pelo! ¡Es una tomadura de pelo lo que apareció en el diario y es una tomadura de pelo lo que está diciendo usted! ¡No sean atrevidos! ¡Hagan las cosas con honestidad y, por sobre todas las cosas, con altura!

(Interrupción del señor Representante Asti)

—— No voy a leer el Reglamento. ¡El proceso que están llevando adelante con este proyecto de ley es una vergüenza y estas cosas que están haciendo lo hacen mucho más vergonzoso! ¡Nos están faltando al respeto a nosotros y a la ciudadanía!

SEÑOR PRESIDENTE.- Pedimos a todos que mantengan la calma.

(Interrupción del señor Representante Trobo)

—— Reitero que mantengamos la calma.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Está muy claro que la relación de los hechos que hizo el señor Diputado Trobo es así. Usted sabe, señor Diputado Trobo, que mi estilo no es confrontativo y menos de faltar al respeto a mis colegas parlamentarios.

A mi entender usted lo admitirá o no, la versión periodística es una interpretación de una conversación y voy a intentar rectificarla y no una manifestación personal de adjudicación, y le digo por qué. Es muy cierto que hicieron los planteamientos en ese sentido, y la versión taquigráfica así lo confirma. Al término de la reunión,

haciendo una consideración general le planteé al señor Subsecretario que me parecía correcto lo que él había manifestado en cuanto a que iba a incorporar el análisis del tema. Cuando a raíz de las requisitorias periodísticas que todos tuvimos se nos preguntó si realmente había existido un planteamiento en la Comisión en ese sentido, nosotros dijimos que sí. No dijimos que lo hicimos nosotros; tampoco dijimos de dónde había provenido, y eso puede ser una omisión, pero las cosas son así. Entonces, hice el relato de las circunstancias por las cuales se había planteado por parte de la Comisión el hecho al Ministro interino Bergara.

Yo quiero creer y a mí se me puede creer o no; si no se me cree, usted está en todo su derecho a tener toda la molestia que tiene que la interpretación de la periodista puso en boca de uno de los integrantes, en este caso yo, la iniciativa de la idea. Creo que esa es la interpretación; usted sabe muy bien que el periodismo hace interpretaciones. Yo pienso que la interpretación que se hizo fue en base a la información que yo di de lo que había pasado acá y se tomó como que hubiera sido una propuesta de la bancada del Gobierno.

Señor Diputado Trobo: yo admito su molestia; a mí me hubiera pasado lo mismo. Yo creo que las reglas de convivencia deben ser las que siempre hemos tenido; usted sabe del respeto que yo le he tenido y que usted me ha tenido a mí en todas estas instancias parlamentarias. Esto puede marcar un punto de inflexión, y yo lo entiendo. Permítame decirle que desde mi punto de vista así es como se dieron los hechos y yo voy a hacer la rectificación que corresponda si el periodismo me lo exige, a los efectos de dejar bien claras y transparentes las cosas, porque creo que su molestia es justificada. Espero que usted crea en mi versión y en la rectificación que nosotros vamos a hacer.

SEÑOR MASEDA.- Sin lugar a dudas, la respuesta del señor Diputado Gallo Imperiale está encuadrada en la forma de actuar que tiene el Diputado en la Comisión; los que conocen al señor Diputado Gallo Imperiale saben que es así.

Yo voy a decir nada más que dos cosas. Una: es como si yo me ofendiera por lo que dijo recién el señor Diputado Amorín Batlle, que yo abrí la posibilidad de modificar el proyecto que está en discusión. Más allá de las legítimas razones que tiene el Diputado Trobo al plantear este tema en un ámbito político y tiene mucha más experiencia que nosotros en la resolución de estos temas, pienso que no estamos mirando el bosque y solo miramos el árbol.

En definitiva, acá se ha generado un hecho por demás importante en el ámbito de una discusión del conjunto de legisladores del Partido Nacional, creo que también del Partido Colorado y del Frente Amplio, y uno de los temas que está en el proyecto de ley puede ser reconsiderado. Eso fue dicho en el día de ayer está en la versión taquigráfica por los delegados del Poder Ejecutivo. No lo dijimos nosotros los legisladores, lo dijo el Poder Ejecutivo. Sin lugar a dudas, se da este hecho y con toda razón tiene derecho a plantearlo. Está bien entendido el planteamiento del señor Diputado Gandini en el día de ayer, del cual no teníamos conocimiento y es válido que se tenga en cuenta. Pero en cuanto a lo que significa la tarea de la Comisión, si esta trabaja mancomunadamente, tratando de escuchar, si alguien pone una idea sobre la mesa, se discute y se analiza cómo acercarse, podemos decir que ese es un ámbito natural de funcionamiento. Hoy peleamos por quién es el padre de la criatura. El Partido Nacional tiene todo el derecho a hacer sus descargos, sin ningún tipo de problemas. Reitero que el tratamiento es válido y creo que la respuesta del Diputado Gallo Imperiale está dentro del tenor de la ética de la política. Es un hecho...

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa solicita al señor legislador que resuma su exposición debido a que hay dos delegaciones esperando.

SEÑOR MASEDA.- Entiendo el planteamiento, pero voy a terminar.

Es un hecho que podemos considerar positivo desde el punto de vista de la resolución que quizá se decida acerca de uno de los artículos sobre los que el Partido Nacional hizo un planteamiento.

SEÑOR TROBO.- Quiero considerar especialmente el planteamiento del señor Diputado Gallo Imperiale. Él y todos los Diputados conocen mi actuación parlamentaria. En general yo me preocupo mucho por ayudar a los colegas a que puedan ponerse de manifiesto los temas que ellos impulsan; trabajo mucho en ese sentido; dedico mucho tiempo a ayudar y a acompañar para que las propuestas

se lleven adelante. Además, en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social que integro hace poco tiempo consta que eso es así.

Es muy importante que surja una información veraz y si esta es el resultado de una comunicación a los medios de prensa de la realidad, del iter de esta idea, de este episodio, creo que sería una buena señal para la opinión pública.

Muchas gracias.

(Ingresan a Sala representantes de la Federación Médica del Interior)

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión tiene mucho gusto en recibir a la delegación de la Federación Médica del Interior, integrada por los doctores Heber Machado, Álvaro Vero y Edgardo Mier.

SEÑOR MIER.- Agradecemos mucho la posibilidad de expresar una vez más la posición de la Federación con respecto al proyecto que está en consideración.

Vamos a hacer una muy breve exposición. Creo que todos los parlamentarios conocen la opinión de la Federación Médica del Interior acerca de la iniciativa que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud. Cuando recibimos el primer borrador, en el mes de diciembre, enviamos un documento a las autoridades del Ministerio de Salud Pública, en el que se expresaba nuestra opinión. Luego, cuando se empezó a estudiar en las Comisiones del Senado, en el mes de febrero, enviamos un segundo documento conteniendo un análisis más profundo. En abril la Federación se tomó el trabajo de realizar un análisis artículo por artículo del proyecto, y también se lo hizo llegar a los legisladores. Por este motivo, creemos que nuestra posición es conocida.

De todas maneras, debo decir que acerca de este proyecto tenemos una visión crítica en cuanto a alguno de sus contenidos. Nos gustaría que desde el punto de vista legal el proyecto tuviera aspectos que hoy no presenta la actual redacción.

Con respecto a aquello acerca de lo que no concordamos, debo decir que pensamos que es un proyecto estatista, intervencionista y muchos de sus artículos referidos a la Junta Nacional de la Salud que se crea, le otorgan super poderes, muchos de ellos superpuestos a la normativa que ya hoy determina esos poderes para el Ministerio de Salud Pública. Algunos de esos artículos faculta en particular al Presidente de dicha Junta prácticamente plenipotenciario a entrometerse muchísimo en la historia y la tradición de nuestras instituciones y del subsector privado.

Tal como dijo el Presidente en el discurso inaugural, esta reforma se iba a basar en el sustento del subsector privado y del subsector público, integrándose y articulándose. Así se definió. Entonces, a nosotros nos parece que no puede ocurrir el desarrollo de un sector a expensas del otro. Sin embargo, en el contenido de alguno de los artículos de este proyecto, advertimos que esa amplísima potestad va a permitir que hasta para hacer la más mínima inversión o acción haya que solicitar el permiso correspondiente.

Esta es básicamente nuestra visión conceptual, que cuestionamos desde el punto de vista del contenido. En cuanto a lo que no contiene, creemos que es indispensable que pudiera haber tenido marcos regulatorios, y voy a mencionar algunos de ellos: la libre elección del usuario y su permanencia o no en la institución que elija el proyecto no dice nada con respecto a esto, un marco que regule la competencia entre las instituciones también está dicho que se va a competir en algún nivel, y de eso tampoco dice nada, un marco regulatorio que establezca los precios de las cuotas salud, es decir, cómo se van a fijar, cómo se van a reajustar, cuándo, qué parámetros se van a utilizar, ya que a nuestro entender esto no puede quedar librado a la reglamentación, debería establecerlo la ley para garantizar la ecuación económico financiera de las instituciones prestadoras

Por último, quiero mencionar en particular uno de sus artículos, que establece como plazo máximo diciembre de 2009 para que se incorporen las Cajas de Auxilio. Tal como ha sido redactado, puede significar un certificado de defunción de las mencionadas Cajas en ese plazo.

Hemos tratado de mejorar todas estas cuestiones. Nos plantamos ante esta reforma aclarando siempre que compartimos sus objetivos y sus paradigmas. Queremos garantías, no para nuestro subsector sino para esa

profunda reforma que se plantea en la salud, que a nosotros nos hubiera gustado que naciera con la discusión, el aporte, el apoyo de todos los sectores, pero no hemos tenido la suerte de que en este proyecto se hayan incorporado algunos de nuestros puntos de vista.

Quiero resaltar también que en las dos leyes anteriores, tanto la ley sobre descentralización de ASSE, como la del FONASA, sí tuvimos la posibilidad de realizar aportes que fueron recogidos.

Esta es nuestra posición.

Quedamos a las órdenes para realizar cualquier aporte documentario si todavía fuera la instancia o para responder las consultas que deseen realizar.

SEÑOR CARDOSO (don José Carlos).- En la misma línea de la consulta que en esta Comisión hemos realizado a otras delegaciones, nos gustaría saber cuál fue el nivel de participación de FEMI en la elaboración del proyecto de ley. El Ministerio ha argumentado que la base de consulta fue muy amplia y que hubo mucha participación en la elaboración de la iniciativa. ¿Cuál fue la forma o en qué momento FEMI tuvo la posibilidad de opinar? ¿Qué creen que reflejó el proyecto en cuanto a las opiniones que FEMI vertió en el ámbito de consulta?

SEÑOR MIER.- Podemos coincidir en que el nivel de consulta fue amplio. Reconocemos que hemos tenido instancias de diálogo y de participación con las autoridades, fundamentalmente del Ministerio, y con la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, con la que hemos tenido una relación excelente, que reconocemos.

Este proyecto se lanza en diciembre, en su primera exposición pública, en el Órgano Consultivo para la Salud, un órgano multitudinario en el que participan todos los gremios vinculados a la salud: el Hospital de Clínicas, el Hospital Militar, el Hospital Policial, usuarios, psicólogos, odontólogos, médicos y funcionarios de todos los gremios. Allí se darán a conocer los temas, pero no es un ámbito de debate ni de discusión. Tuvimos la oportunidad de dar a conocer nuestra visión a través de los documentos que elaboramos e hicimos llegar a los encargados de su redacción final. Sin embargo, en este proyecto no logramos que se recogiera prácticamente ninguna de nuestras sugerencias.

SEÑOR ASQUETA SÓÑORA.- Saludamos a la delegación y le pedimos disculpas por el largo rato que estuvieron esperando.

Voy a plantear un par de inquietudes en base a una documentación que la Federación Médica del Interior hizo llegar a todos los legisladores integrantes de la Comisión correspondiente, fechada en el mes de setiembre, a la que el señor Presidente ha hecho referencia en cuanto a los diversos aportes que han hecho a lo largo del tiempo para el mejoramiento de los distintos proyectos de ley. Tenemos algunos conceptos que se hicieron llegar al Senado previo a la votación, que no fueron incorporados a la ley. Como aquí tenemos la instancia de escuchar argumentos para ver si en la votación en la Comisión o en el plenario pueden ser incorporados, vamos a consultar sobre un literal d) que proponía la Federación Médica del Interior como aditivo al artículo 4º, que decía que entre uno de los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud está el de establecer un tratamiento equitativo entre los prestadores, en un marco leal de competencia entre ellos. Como tantas otras sugerencias que llegan a las Cámaras, algunas son incorporadas y otras no. En este caso, queremos saber cuál es el concepto que ha manejado la Federación Médica del Interior, por el cual considera que esto debe ser incluido a texto expreso en la ley, o si entiende que con este proyecto de ley se está dando una competencia en lugar de una complementariedad, que es lo que hasta el cansancio se ha intentado explicar por parte de los defensores de este proyecto. Además, pregunto si al incluir a texto expreso el tratamiento equitativo, la FEMI entiende que la competencia entre los diversos prestadores no es equitativa. Quisiera que se explicitara un poco este concepto.

SEÑOR MIER.- Lo que pretendíamos era que en la ley hubiera un marco regulatorio al cual referirnos en esa futura relación entre nuestras instituciones y básicamente las instituciones de ASSE. Aquí hay unos cuantos parlamentarios del interior y saben que hay una larga tradición de complementación entre los hospitales públicos y nuestras instituciones. Lo que está planteado ahora es un escenario de competencia por las cuotas de salud. Recuerden que está definido que cuando

comience el sistema, los uruguayos optarán por las instituciones privadas o públicas. Entonces, seguramente va a haber un nivel en el que se va a competir entre ambas. Lo que pretendemos son reglas similares, francas, transparentes y leales para ambas partes.

Quisiera mencionar dos aspectos que ya están hablando de una preocupación que tenemos, en el sentido de que nos cuestionamos si eso va a ser realmente así. El artículo 6º, que reglamenta el FONASA, establece que aquel nuevo trabajador que ingrese al BPS, si en treinta días no opta, será asignado de oficio a ASSE. ¿Qué sucede con un esquilador o una persona que corta eucaliptos, y no opta? Actualmente, puede optar en el momento en que se va a atender. Si es asignado a ASSE porque no concurrió en ese plazo de treinta días, cuando tenga un problema de salud optará por una institución privada que no estaba recibiendo la cápita y muchas veces se hace cargo de una asistencia muy costosa. El proyecto de ley del Seguro Nacional Integrado de Salud establece un plazo hasta diciembre de 2009 para que los hospitales puedan ir acompasando su desarrollo a las exigencias que ya tienen las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Recordemos que todos ASSE y nuestras instituciones hemos firmado un contrato con el BPS que tiene determinadas exigencias. Para ASSE, el plazo es hasta el año 2009. Les aseguro que para nuestras instituciones cada día es más grande la demanda de información. Hace poco salió una nueva normativa que establece plazos en consulta. Estamos totalmente de acuerdo con que haya que evacuar en determinado plazo las consultas con especialistas y las intervenciones quirúrgicas, pero los hospitales de ASSE tienen hasta el año 2009 para ir equiparándose a ese nivel que ya hoy es muy exigido a nivel de nuestras instituciones.

Como me gustan las anécdotas, porque muchas veces ilustran, voy a contar que el otro día fue un inspector de Salud Pública por mis pagos por suerte ahora hay unos cuantos a inspeccionar la institución. Esos son los conceptos y las reglas de juego que nos gustaría que estuvieran en la ley para garantía de todas las partes. Reitero que tenemos una muy larga tradición de complementación con nuestros hospitales. En su mayoría, nuestros médicos trabajan en los dos lados. Nuestras instituciones, que han radicado especialistas lo han hecho para compartir en los dos lados. La cobertura de servicios, el intercambio y el apoyo son permanentes. Está muy bien que así sea, porque queremos poner nuestro esfuerzo en tratar de que los uruguayos se asistan con el mismo nivel digno y equitativo, y que el sistema se sustancie y se financie en la forma más equitativa posible, pero tenemos la obligación de preservar en el país una larga tradición de desarrollo y de complementariedad entre nuestras instituciones.

SEÑOR ASQUETA SÓÑORA.- En el capítulo referido a la Junta Nacional de Salud también hay diferencias conceptuales importantes. Nos gustaría escuchar la opinión de un actor como FEMI. Sabemos de la estrecha relación entre la buena administración de las empresas con una buena salud del Banco de Previsión Social, institución con la que durante largos años se ha marchado en paralelo. En el documento de la Federación Médica del Interior que se nos acercó el mes anterior se hablaba de los cometidos de esa Junta, uno de los cuales era ejercer la superintendencia del Sistema Nacional Integrado de Salud, supervisando y fiscalizando a las instituciones prestadoras que lo integran. El artículo que emerge del Senado, con los votos del Partido de Gobierno, establece como cometido de esa Junta: "b) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea esta ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva". O sea que hay una diferencia sustancial, y por lo que vemos, este concepto tampoco fue incorporado, al igual que lo propusieron otros invitados en el Senado.

Entre las competencias del Directorio de la Junta Nacional de Salud, el proyecto de FEMI establecía la de contratar conjuntamente con el Banco de Previsión Social a los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud, suscribiendo los contratos respectivos. El proyecto del Gobierno dice que es la Junta Nacional de Salud en forma autónoma la que suscribirá con los prestadores los contratos respectivos.

En un punto del anexo del documento comparativo de la FEMI se establecía que el mantenimiento del Banco de Previsión Social como ente recaudador y contratante conjuntamente con la Junta Nacional de Salud de los servicios de asistencia de los prestadores sería lo ideal. Como la administración del FONASA mantenida en el BPS.

Queremos que la FEMI se explaye en base a este concepto de administración por lo menos compartida, con la que personalmente estamos de acuerdo.

SEÑOR MIER.- Nosotros no compartimos este organismo que se crea, la Junta Nacional de Salud en su dimensión y en sus potestades. Creemos que se burocratiza innecesariamente en un aspecto todo lo que significan los organismos rectores del sistema de salud. Adviertan que se crea un organismo con siete integrantes, dos a propuesta del Ministerio de Salud Pública, uno del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y uno del Ministerio de Economía y Finanzas. Uno de los propuestos por Salud Pública la presidirá, y para nombrar a los otros tres integrantes nos vamos a tener que poner de acuerdo todos los prestadores, los de ASSE también, porque no dice "prestadores privados", sino "prestadores", y los de ASSE son mayoría, por lo cual posiblemente haya un quinto que también sea Estado. Cuando digo todos los prestadores me refiero a instituciones mutuales montevideanas, del interior y los hospitales de ASSE. Asimismo, todos los usuarios del país deberán nombrar uno, y todos los funcionarios de ese nuevo sistema, médicos y no médicos. Me refiero al Sindicato Médico del Uruguay, a la Federación de Funcionarios de Salud Pública, a la FUS y a FEMI, que van a tener que nombrar uno, y ni qué les digo que los médicos no vamos a estar nunca, porque somos una lejísima minoría. Ya ha aparecido en la prensa algún candidato por el sector trabajador para integrar el nuevo organismo.

Además, hay una superposición muy clara de lo que hoy son las potestades del Ministerio de Salud Pública con las de la Junta Nacional de Salud. Vamos a tener dos entes reguladores, dos entes normatizadores, en el caso de la Junta, también con capacidad punitiva, de multa, de aplicar sanciones. Por lo que dice la ley, si quiero hacer un baño en la policlínica de La Charqueada voy a tener que pedir permiso. Seguramente, también voy a tener que pasar por la Junta los convenios que tenemos con nuestro propio sanatorio en Montevideo, el Sanatorio Americano, que es de nosotros, pero tenemos convenio de asistencia. También tendrá que pasar por la Junta.

No comprendemos la creación de otro organismo con estas características y potestades que les estamos diciendo. La visualizábamos como una superintendencia específica para ver cómo funciona el nuevo sistema, pero allí la dejábamos, y reivindicábamos, porque creemos que el rol del Estado es imprescindible en este tema. Lo seguimos reivindicando para el Ministerio de Salud Pública y reivindicamos el BPS porque si por algo seguimos vivos en el interior, donde no cayó ninguna Institución de Asistencia Médica Colectiva fue porque el Banco de Previsión Social en plena crisis no dejó nunca de pagar lo que debía a nuestras instituciones.

También les digo que en muchos aspectos hay características diferentes en el interior que en Montevideo. Siempre nos gusta hablar de nuestra cancha. En nuestro interior, los afiliados por DISSE son más del 50% y ahora, con este nuevo contingente, los dependientes del FONASA superan el 60%. Para nosotros es un sistema vital.

Esta es la visión que tenemos del nuevo órgano rector que se crea.

SEÑOR ASQUETA SÓÑORA.- Por último, quiero referirme a la parte económica y financiera.

El señor Diputado García formuló una pregunta a la delegación anterior, el Sindicato Médico del Uruguay, pero no sabía si estaba habilitada para responder ya que no representaba a instituciones de asistencia médica. La FEMI, por su faceta gremial, representa a los médicos asociados a ella y por su faceta asistencial, a las instituciones prestadoras de asistencia médica que comprenden la enorme mayoría del subsistema privado del interior.

Cuando se discutió la ley del FONASA dijimos que hay grandes dudas con respecto a las cuotas que se abonarán con cargo a dicho organismo en cuanto a la necesidad de consagrar un régimen de garantía en el mantenimiento de la ecuación económica y financiera de los contratos que se vencen con las instituciones. Quisiéramos que los representantes de las instituciones que engloban a la enorme mayoría de los ciudadanos que se asisten en el subsistema privado del interior nos den alguna explicaran sobre este punto tan importante que sigue estando en una nebulosa para nosotros. Tal vez ellos hayan tenido alguna otra información por parte del Ministerio de Salud Pública, o quizás la nebulosa también persiste para quienes tienen la responsabilidad de velar por los intereses de las instituciones y de seguir prestando la asistencia como hasta el día de hoy.

SEÑOR MIER.- Si bien lo hemos analizado y mucho, no hemos querido plantear específicamente ningún mecanismo de financiación, porque entendemos que no nos corresponde. Sí queremos trasmitir que tenemos enormes dudas a medida que avanzamos en el análisis del tema las dudas son más fuertes en cuanto al mecanismo o sistema por el cual se calcularon las cápitas y las cuotas de salud que están vigentes en este momento.

Hoy ya sabemos que tienen carencias, que hubo costos que no se tienen en cuenta y aspectos financieros que no debieron estar y estuvieron. Hay una serie de aspectos en cuanto a la metodología del cálculo que seguramente merecerán una profunda revisión.

En ese sentido, me apresuro a decirles que tenemos un convenio con la Facultad de Ciencias Económicas que ya ha elaborado dos trabajos que hemos puesto a disposición de todo el sistema, creando las bases y las pautas para que la Facultad de Ciencias Económicas, a partir del futuro, establezca un mecanismo científico de las cuotas de salud y de las cápitas. Tiene una filosofía completamente diferente de la que venía operando en el sistema porque es una filosofía de seguros y no la de solidaridad intergeneracional que tenía anteriormente el sistema.

Reiteramos: la ley no dice nada de esas cuotas, cuándo o cómo van a ser reajustadas ni cuál será el mecanismo que asegurará la ecuación económico financiera.

SEÑOR POSADA.- Creo que sería importante que el producido de este convenio con la Facultad de Ciencias Económicas también se ponga en conocimiento del ámbito parlamentario, porque si algo se puede comprobar es que todo el proceso de fijación de las cápitas ha sido muy opaco. No hay una transparencia en cuanto a la metodología utilizada, más allá de que cada vez que en este ámbito se ha preguntado con respecto a cómo se han calculado esos valores, se ha respondido que a la hora de determinarlos se ha utilizado información de todo el sistema de salud.

Nosotros consideramos que este proyecto de ley modifica el modelo de financiamiento. Los dos grandes objetivos planteados en la reforma de la salud son el modelo de atención y el modelo de gestión, y todos sabemos que sobre esos objetivos, en realidad, no hay cambios trascendentes. De hecho, nada se dice en este proyecto de ley sobre el modelo de atención. En todo caso, podría presumirse que hay alguna modificación en el modelo de gestión a partir de la creación de la Junta Nacional de Salud, pero este es un aspecto que estará por verse porque todavía no se sabe cómo se va a reglamentar su funcionamiento.

El principal cambio que uno observa en este proyecto de ley es la posibilidad que se da a los niños y a los adolescentes menores de dieciocho años de acceder al sistema privado de salud. Inclusive, este aspecto ha sido objeto de propaganda política. Por lo tanto, me gustaría saber si la FEMI tiene alguna estimación acerca cuál podría ser la cantidad de niños y jóvenes que adhieran al subsector privado de salud como consecuencia de la aprobación de este proyecto de ley.

SEÑOR MIER.- Aproximadamente podríamos hablar de doscientos cincuenta mil o trescientos mil niños en el interior que de manera eventual podrían optar por este sistema. Para ello debemos tener en cuenta que se calcula que cada trabajador tiene un hijo, y fracción, menor de dieciocho años.

No compartimos que estén fuera del sistema porque la enorme mayoría de estos niños y adolescentes se atiende en Salud Pública. Hemos creado una comisión específica con técnicos de nuestra institución y con profesionales contratados para elaborar esta visualización y estamos muy inquietos porque esto nos genera desafíos desde muchos puntos de vista: asistenciales, de recursos y de pediatras que muchas veces no hay en el país, así como de servicios específicos. Estamos trabajando intensamente en esto. Con mucho gusto, cuando dispongamos de una aproximación más detallada, la haremos conocer. Hace unos días nos dieron un adelanto de la información que refería a que el 60% o el 70% de estos niños estarían en los dos primeros quintiles de pobreza. Es muy posible que allí también haya una limitante fuerte para cambiarse de sistema. Adviertan los señores Diputados que siempre hablamos en condicional.

Como ustedes saben, conjuntamente con el Gobierno hemos tratado de volver al concepto de que las tasas moderadoras sean tales y no restrictivas del uso de los servicios. Este es uno de los problemas que tiene el sistema que reconocemos y desde hace mucho tiempo estamos haciendo esfuerzos para solucionarlo.

SEÑOR MASEDA.- No voy a hacer una pregunta referida especialmente al proyecto de ley, pero desde el punto de vista sanitario me interesa saber la opinión de FEMI ante determinadas situaciones que se dan en el departamento de Artigas.

Por ejemplo, en Baltasar Brum, desde hace muchas décadas, nuestros niños no nacen allí. El hecho de nacer en otra localidad genera una situación de desarraigo. Esto sucede porque no existen los elementos necesarios para que se produzca el parto. A esto debemos sumar es algo que conversamos con las autoridades del Ministerio de Salud Pública— la ausencia de médicos pediatras en el interior de los departamentos.

Debo señalar que en Baltasar Brum hay asistencia médica a través de las policlínicas de FEMI y de Salud Pública.

Como en el proyecto se habla de la complementación de servicios en la red, quisiera saber cuál es la opinión de FEMI para tratar de encontrar en conjunto una solución.

Por otra parte, en la localidad de Tomás Gomensoro se utilizan los locales de Salud Pública como bien se dijo al principio, el interior es diferente y los de FEMI, a fin de aprovechar mejor las instalaciones, las camas, los médicos, etcétera. Me gustaría conocer la opinión oficial de FEMI en cuanto a la realización de convenios o de acuerdos a efectos de solucionar los problemas de salud de la gente de esa localidad.

SEÑOR MIER.- La posición de la Federación ha sido siempre y ahora más la de complementar servicios y no superponer recursos. Queremos integrarnos y complementarlos para acercar los servicios médicos a todos los habitantes del interior; está a disposición todo nuestro esfuerzo. Por ello reclamamos reglas de juego claras, que nos permitan avanzar en ese camino. Podrán definirse proyectos en lo teórico pero, cuando aterrizan, la realidad manda.

Seguramente en Baltasar Brum habrá que aunar esfuerzos entre lo público y lo privado para lograr que esos niños nazcan allí. Ese es el camino y allí nos va a encontrar con toda nuestra disposición para recorrerlo juntos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia de nuestros invitados.

(Se retira de Sala la delegación de la Federación Médica del Interior)

(Ingresa a Sala una delegación de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas)

—— La Comisión de Hacienda, integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a la delegación de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas, integrada por la doctora Rosario Amorín, el doctor Gustavo Bogliaccini, el asesor jurídico, doctor Alejandro Abal y el doctor José Luis Rodríguez.

SEÑOR BOGLIACCINI.- En primer lugar, queremos agradecer la aceptación de la Comisión a nuestra solicitud de ser escuchados en esta instancia.

Hemos leído cuidadosamente los aportes que hizo en la Comisión el Ministerio de Salud Pública. Nos encontramos en la Comisión de Hacienda, integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social, pero nosotros podemos hablar de problemas sanitarios y no de problemas económicos y financieros, que son los que fundamentalmente se han tratado en este proyecto de ley.

No obstante, queremos dar nuestra visión de un problema que es muy serio. Haré una pequeña introducción y luego cederé la palabra a mi colega, el doctor José Luis Rodríguez.

El primer problema que advertimos en este proyecto de ley es que los médicos no estamos representados en los organismos de decisión. Inclusive, en el día de ayer se hizo público que el delegado de los funcionarios de la parte pública de ASSE será como es lógico, por una cuestión de números un funcionario no médico del Ministerio de Salud Pública. Lo mismo va a pasar en la Junta Nacional de Salud, en la que no va a haber representación médica porque los trabajadores no médicos son la inmensa mayoría. Eso va a excluir al cuerpo médico de los organismos de decisión.

Ese es el primer punto sobre el que queremos alertar a la Comisión, en el interés de que traten de modificar la integración, dando participación al cuerpo médico. Si las Comisiones o las Juntas fueran organismos totalmente políticos, propuestos por el Poder Ejecutivo y votados por el Parlamento, sería diferente y cabría la posibilidad de que no hubiera representación de las otras partes, pero en este proyecto la representación de partes es explícita y no habrá representación de los médicos. Y los médicos tendremos un solo lugar de trabajo en el futuro, el Sistema Nacional Integrado de Salud, porque este Sistema va a impedir o a evitar que alguien que trabaje por fuera. Ese es el elemento clave.

El otro punto que queremos resaltar tiene que ver con el hecho de que nos estamos dirigiendo exactamente hacia un terreno desconocido. No sabemos cómo se van a hacer las prestaciones de salud; ni siquiera están descriptas en el primer nivel, salvo generalidades. Nosotros somos cirujanos con la especialidad quirúrgica y anestesistas, y trabajamos en el segundo y tercer nivel de salud, pero no está definido ninguno de los mecanismos por los cuales se va a trabajar. Tanto es así, que hemos recibido un memorándum de ASSE en un grupo de negociación que se realizó a través de la Comisión de Salud Pública, en la mediación que realizó en el último conflicto, y el Ministerio de Salud Pública hace una serie de propuestas en las que no tiene en cuenta la forma de medir nuestra producción. Según la propuesta que presentó el Ministerio, cumpliendo simplemente con la presencia y con determinados objetivos, un especialista de un hospital que no cumpla con el volumen total de trabajo y derive los enfermos hacia otro hospital, va a ganar lo mismo que aquel especialista que trabaje en un hospital que realice toda la cobertura. O sea que no se ha establecido una forma de medir la gestión sanitaria. No hay proyecto de gestión sanitaria en una norma que, fundamentalmente, tiene que ver con la gestión de salud. La incógnita que nuestra Mesa ha tratado de descifrar, el miedo que tenemos es si realmente están previstos esos elementos y, si es así, por qué no figuran en la ley. Lo que figura es una cantidad de previsiones económicas y financieras, estableciendo quién y cómo va a pagar, pero no se establece cómo se va a concretar. Esto implica generar un vacío asistencial a la gente, porque no está definido. Lo que es importante que figure es la forma como se va a trabajar, cómo se va a realizar la gestión sanitaria.

Otro aspecto que nos preocupa consiste en que la forma de financiación a través del pago de las cápitas por riesgo genera que nosotros seamos la variable de ajuste cuando las instituciones no las reciban o sean sancionadas por no cumplir adecuadamente con los planes sanitarios que el Ministerio promueve o por llegar a resultados que no sean satisfactorios según los análisis que realice la inspección del Ministerio de Salud Pública. Si no se pagan las cápitas completas, las instituciones van a tomar los salarios como variable de ajuste. Esto es bastante claro para aquellos que son empleados electricistas o sanitarios de una institución; ellos pueden optar por ir a trabajar a otra institución, a COUSA, a NORDEX o a una compañía de fabricación de ropa, pero en el caso de los médicos no es así, porque no podemos trabajar fuera del Sistema Nacional Integrado de Salud debido a que no existirá otro lugar donde haya una remuneración para nosotros, para lo que nosotros hacemos. La sociedad va a aportar una cantidad importante de dinero, pero el problema se va a producir cuando no se cumplan los objetivos de la gestión en la que no tenemos participación, porque somos profesionales trabajando en relación de dependencia y el ajuste recaiga sobre nosotros. Y nosotros nos hacemos responsables de la salud de la población en situaciones de crisis, porque cuando alguien consulta a un cirujano, necesita una anestesia; salvo que cuente con medios para hacerse un transplante en Colombia o para hacerse radioterapia en los Estados Unidos de América, no tiene otra opción que permanecer en Uruguay y será asistido por gente que va a estar en conflicto por cuestiones salariales. ¿Por qué? Porque nosotros no vamos a poder negociar directamente o lo vamos a hacer con instituciones que van a estar con déficit económicos. Actualmente ya estamos viendo que aquellas instituciones que se han administrado mal y que se han seguido administrando mal pretenden, como variable de ajuste, afectar nuestros salarios. Y esa es nuestra principal preocupación. A nosotros, en realidad, no nos importa quién es el dueño de la institución, el Estado o una mutualista. Lo que nos importa es que nuestros salarios no se vean afectados por causas ajenas a nuestro trabajo.

Nosotros vamos a pretender negociar directamente nuestros salarios -eso es seguro- a nivel de la Junta Nacional de Salud, porque negociar con las instituciones como hasta ahora, en los Consejos de Salarios, no va a tener sentido, ya que el dinero no va a estar en las instituciones, va a estar en el Fondo, en el seguro que va a administrar la Junta Nacional de Salud.

Esos son los aspectos que yo quería destacar.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Muchas de las cosas que pretendía decir las dijo el doctor Bogliaccini, por lo que voy a subrayar o abordar otros elementos.

Enfrentados a este sistema, lo primordial es que advertimos una enorme incógnita. Creemos que se trata de un proyecto con una serie de normas administrativas y en cuanto a cómo se va a financiar el sistema, y constituye una gran incógnita, por no decir un agujero negro, cuáles son los planes asistenciales. Sabemos algo sobre el primer nivel, pero la salud de un país no es solo eso. La atención primaria es muy importante y es también tarea del médico, pero la más importante es la tarea asistencial. De eso no cabe la menor duda. Y la tarea asistencial, además de en el sector primario, se realiza en los sectores secundario y terciario. Esa es la tarea asistencial más compleja. Y si existen planes para estos dos niveles, realmente, no los conocemos.

Entonces, surge una pregunta: ¿alguien puede votar algo que no conoce? Si se sabe cómo se va a hacer, no se da a publicidad. Y si no se sabe, es un enorme agujero negro. Y la gente va a seguir sufriendo cáncer y politraumatismos, va a seguir internándose en el CTI y haciéndose "bypass" coronarios. ¡Y no hay nada sobre cómo se va a realizar eso! Los únicos planes asistenciales son los de la atención primaria, cuyos reales beneficios veremos dentro de quince o veinte años. Pero la población, nuestros padres, nuestros hermanos, nuestros hijos y nuestros abuelos se enferman hoy.

Entonces, salvo que existan planes que desconocemos, lo que advertimos es que se van a derivar recursos del sector secundario y terciario hacia el primario.

Dada esta situación, la mejor de las opciones posibles es que el sector secundario y el sector terciario queden como están. No hay ningún plan de mejora del sector secundario ni del sector terciario.

Por ejemplo, no hay regionalización. No he visto una palabra escrita sobre regionalización. Fui durante veinte años cirujano de guardia del Hospital Maciel; todos los pacientes se trasladan a Montevideo; no hay centros secundarios ni terciarios por regiones del país. Me refiero, sobre todo a la salud pública. Para atender a un millón y medio de personas falta una enorme cantidad de cargos de especialidades anestésico quirúrgicas que no se llenan, y los que se llenan, no trabajan; se manda a la gente a Montevideo. Eso es capital para mejorar la asistencia de la población, precisamente, con menores recursos.

Tampoco vemos planes de gestión. Se dice que la gestión es muy importante pero, ¿dónde está escrito cómo debe ser? Los únicos planes que vemos son normativos, administrativos y financieros y para el primer nivel de atención. Se podrá decir y lo comprendemos- que este es un proceso complejo, pero no nos gustaría oír que se hará sobre la marcha. Uno supone que los planes están hechos. Y si lo están, que se den a publicidad. Reitero: ¿se puede votar algo que uno no conoce? Realmente, vemos un agujero negro en eso.

Y todo esto nos interesa, no desde el punto de vista de las empresas; como dijo el doctor Bogliaccini, nosotros no somos empresarios; nosotros no lo somos aunque hay otros médicos que sí lo son; aquí no venimos como empresarios, sino como profesionales que trabajamos en relación de dependencia y a quienes les preocupa el progreso de su actividad. A esto dedicamos nuestra vida. Y podemos decir que el sistema que se plantea es centralista, estatista y quita totalmente iniciativa a los privados. Y si uno repasa la historia los médicos conocemos esto- verá que la gran mayoría de los progresos médicos y no por cuestión de recursos- entró a este país por el sector privado. Si bien el transplante hepático funcionaba en un lugar público, era financiado por una fundación y la cirugía laparoscópica y la cirugía endovascular no entraron por el sector público. Si uno quita iniciativa a la actividad privada y transforma al sistema en ineficiente, la perjudicada va a ser la salud de la población. Que no quepa la menor duda.

Nosotros pensamos que tiene atribuciones en que el gasto pasa a ser un valor regulado más. No soy economista, pero me parece que eso es algo imposible de controlar. ¿Cómo se determinó que un adolescente gaste $ 400? ¿Cuál va a ser la capacidad de colchón por decirlo de alguna forma- de las instituciones que quieran invertir en progresar? Va a tener que ser autorizado por un organismo político dependiente del gobierno de turno. Es tal el poder, que hasta se pueden fijar los aranceles de contratación entre terceros. Es una concentración impresionante y nosotros pensamos que el progreso no va a pasar por ahí.

El doctor Bogliaccini ya se refirió a la constitución de esa entidad, pero quiero recalcarlo: o es de carácter político o es de carácter político más la intervención de los actores que actúan en el sector. Y si es de carácter político y cuenta con la intervención de los actores que se desempeñan en el sector, uno podría entender que

no estuvieran los no médicos, pero que no estén los médicos, es absolutamente inentendible porque, ¿quiénes prestan la salud en este país?

Junto con el Sindicato Médico del Uruguay y la FEMI reclamamos presencia médica en los organismos de control y de gestión.

Hay otro enorme problema. Todos sabemos que los dos grandes problemas en el sistema sanitario eran: en el sector público, la pobreza de recursos se gastaba la tercera parte que en el sector mutual- y en el sector mutual, la desfinanciación crónica. Por ejemplo, ¿cuáles son los planes para la desfinanciación crónica del sector mutual? Tampoco hemos visto una letra al respecto. Otras Administraciones podrán haber fracasado, no sé hacia dónde se habrá derivado, pero existían planes para solucionar el endeudamiento mutual. En este proyecto no existe una letra al respecto, y ha sido dicho explícitamente -yo puedo citar inclusive en qué lugar, en qué oportunidad y quién lo ha dicho- que el plan para solucionar la desfinanciación mutual es lo digo entre comillas "que lo paguen los médicos". Ese es el plan.

En cuarto lugar, nos parece de total claridad que no puede haber un estatuto único del trabajador de la salud. Nosotros pensamos que decir eso es afirmar un desconocimiento casi absoluto de lo que es la actividad médica. No tienen nada que ver ni la formación, ni la carrera, ni la responsabilidad, ni las responsabilidades legales, civiles o científicas, ni la autonomía de un electricista con las de un neurocirujano. No estoy hablando de que uno sea más o menos importante, sino de que las características de ambas profesiones no tienen nada que ver. Por lo tanto, nos parece que es insostenible mantener un estatuto único para todos los que trabajan en la salud.

Es también inentendible cómo hay instituciones de la importancia de las que voy a mencionar que no se sabe qué lugar van a ocupar en el Sistema. Me refiero, por ejemplo, al Hospital de Clínicas, al Banco de Seguros del Estado, al BPS. ¿Qué papel van a jugar? Nosotros advertimos una cantidad de incógnitas sobre las que sería bastante lamentable escuchar como respuesta: "Y, bueno, se resolverán sobre la marcha". Yo pienso que no. Si se va a hacer un cambio tan dramático del sistema, tiene que estar preparado, no se puede hacer sobre la marcha. El que está votando este sistema se pregunta, ¿qué es sobre la marcha? ¿Cuál va a ser el papel que van a cumplir el Hospital de Clínicas, el Banco de Seguros del Estado, el Banco de Previsión Social? ¿Qué va a pasar con las Cajas de Auxilio?

¿La Facultad de Medicina va a seguir subvencionando ASSE? No lo sabemos. Esta es la realidad sanitaria de hoy. ASSE de Montevideo está subvencionada por la Universidad de la República. Todo lo que es coordinación, es decir, todo lo que estuvo fuera del último conflicto y por eso no estuvo en el conflicto lo paga la Universidad de la República con salarios ridículos. Un Grado 5 de la Facultad de Medicina, que se desempeña en el sector que ahora se denomina ASSE, tiene cuatro funciones: asistencial para ASSE, formación pregrado, formación posgrado e investigación; cobra $ 7.000 y está subvencionando la atención de ASSE, porque opera a todos los enfermos de coordinación y los médicos ven a todos los enfermos internados en las respectivas salas. Esa es otra pregunta. ¿La Facultad va a seguir subvencionando ASSE en Montevideo? Tampoco lo sabemos.

En resumen, nosotros vemos un proyecto de ley de escritorio, sin que en esto vaya ninguna consideración que pueda interpretarse como peyorativa. Son normas, son regulaciones financieras, son reglas administrativas, pero de planes asistenciales nada. Eso nos preocupa enormemente porque los únicos responsables de la asistencia no me refiero a todo el resto de los actores, que lo que hacen es favorecer la asistencia somos los médicos. Sin médico y sin paciente no hay asistencia. Entonces, los médicos, que somos responsables de la asistencia, estamos enormemente preocupados porque es un camino hacia las sombras. No sabemos hacia dónde va esto. Y si se sabe, quisiéramos conocerlo, porque reconvertirnos a esta altura del partido, nos parece difícil.

SEÑOR ABAL.- Quisiera manifestar en nombre de la Mesa, que así lo ha explicitado, que de ninguna manera debe interpretarse que las expresiones que puedan verterse en esta ocasión o en otras por representantes gremiales implican un rechazo del proyecto ni del Sistema Nacional Integrado de Salud como tal, sino que pretenden ser aportes a efectos de entender mejor la perspectiva que tienen los médicos en el caso concreto de los anestesistas y los cirujanos y tratar de mejorar, si es posible, el texto de un proyecto de ley y la realidad de un Sistema Nacional Integrado de Salud. Como gremio, se

entiende que ni se debe apoyar ni se debe atacar este proyecto de ley, pese a que en términos generales es evidente que se está apoyando.

Me permito volver a recalcar ya lo dijeron los doctores Bogliaccini y Rodríguez algo que es absolutamente evidente para cualquier observador. De todo lo que se puede argumentar para mejorar o para modificar el proyecto de ley y por ende el Sistema Nacional Integrado de Salud hay algo que es inevitable por lo menos considerar: me refiero a la integración de la Junta. Si tuviéramos que pensar en dirigir la actividad de la Orquesta Sinfónica del SODRE y dijéramos que se va a hacer un cuerpo colectivo en el cual va a haber solo representación de las autoridades políticas del SODRE, pues nada podría decirse respecto a eso o, en todo caso, podría ser una cuestión opinable. Pero no sucedería lo mismo si se dijera: "Vamos a dar participación, no solo a la Dirección política del SODRE en ese organismo que va a dirigir la actividad sinfónica, sino también, como es natural, al público, a los medios de difusión y a los trabajadores, especificándose, a los utileros, a los vendedores de entradas, a la gente que hace la limpieza, pero no a los músicos", que no son ni más ni menos importantes considerados de modo singular que los anteriores, pero que notoriamente tienen una función distinta. Quienes miramos desde afuera el proyecto de ley, no podemos explicarnos cómo está sucediendo esto. ¿Cómo es posible que, por ejemplo, en ASSE por supuesto que va a ocurrir lo mismo acá haya representación de los usuarios y de los trabajadores, pero de los trabajadores no médicos? Por cierto, la ley no lo establece; dice que habrá representación de los trabajadores. Pero no hay absolutamente ninguna posibilidad de que no sean no médicos. No es que uno especule sobre lo que va a pasar. Basta con mirar lo que pasó, que lo único que hace es confirmar lo que inevitablemente va a suceder y que no está mal, no se critica, porque está bien que haya representación de los trabajadores no médicos. Si hay representación de todos los actores, debe haber también así lo sostiene la Mesa de los no médicos. Pero lo que no tiene levante es que no la haya de los médicos. Me pregunto cómo en un Sistema Nacional Integrado de Salud, que va a estar dirigido por una Junta integrada por la autoridad política y también, por decisión del Parlamento, por los actores del sistema, no va a haber representación de los médicos.

No puedo menos que recalcar este punto. Hay muchas cosas que pueden ser materia de opinión, pero este tema parece que no lo es; sin embargo, no se advierte que haya ningún movimiento legislativo para modificar esto, que no significa sacar a los no médicos, sino incorporar también a los médicos. Podría proponerse una cantidad de fórmulas para eso y no sería demasiado complejo hacerlo, pero a esta altura, y viendo lo que ha pasado con ASSE insisto, que lo único que hizo fue confirmar lo que iba a pasar y va a ocurrir con las Juntas, creo que los señores legisladores deberían considerar lo que estamos planteando a último momento como un tema importante.

SEÑOR BOGLIACCINI.- Los médicos somos profesionales que estudiamos y que quisimos para nosotros y nuestras familias una forma de vida que, sirviendo a los demás, nos permitiera ganar un salario digno y tener un nivel de vida similar al de otros profesionales. Si no lo logramos en forma explícita, clara, transparente, esto desencadenará una serie de mecanismos vicariantes, no transparentes, que dará lugar a corrupción. ¿Por qué digo esto? Porque lo vivimos, porque lo hemos visto. Tengan en cuenta que el sistema español tuvo que dar lugar a la iniciativa privada para poder paliar en parte los déficit asistenciales que el Instituto Nacional de Salud -INSALUD-, con su mecanismo omnicomprensivo, había creado con las extensas listas de espera. A través de las autonomías regionales que existen en España hubo que dar entrada a la iniciativa privada para paliar, de alguna manera, las necesidades asistenciales del sistema.

Lo mismo ocurrió en Canadá, y es algo que viví, porque yo trabajaba en ese país. Era un sistema bueno, que fue mejorando, hasta que se volvió omnicomprensivo; en ese momento, el gobierno tuvo que desandar con la reglamentación y la organización para quitarle la corrupción. ¿Cómo ingresa la corrupción? ¡De manera muy simple! Esto me lo enseñó un ruso que vino a Uruguay. En el sistema de la Unión Soviética los escritorios de los médicos no tenían frontal, porque por ahí pasaban los sobres con el dinero. ¿Por qué sucedía esto? Para avanzar, antes que otros, en la lista de espera de una operación o de una asistencia.

Cuando los sistemas comienzan a ser omnicomprensivos y no dan lugar a la aspiración de la iniciativa de ganar algo más por trabajar más, a hacer las cosas transparentes, a dejar que la gente logre sus aspiraciones de forma tal que la población lo conozca y que todo el mundo sepa quién es, comienzan la formas ocultas. Eso es lo que hay que evitar en este sistema; hay que dejar que algunas cosas sean transparentes para que la

gente no busque mecanismos que, al final, terminarán en corrupción. Nosotros no queremos eso para nuestra asistencia.

SEÑOR CARDOSO (don José Carlos).- Entiendo la advertencia que hacen los médicos presentes respecto a su no participación en el sistema. También es cierto que en los últimos tiempos todos hemos vivido y conocido ustedes lo han vivido especialmente la fuerte estigmatización por la que han sido conocidos; del conflicto que ustedes han vivido recuerdo expresiones del señor Ministro Bonomi respecto a que pertenecen a un grupo de uruguayos muy rico, que ha hecho mucha plata y que en los últimos tiempos ha comprado mucho campo en el Uruguay. Quizás esa es la forma en que el Gobierno los identifica.

Quisiera saber si ustedes han planteado esto en los ámbitos de participación previa que ofreció el Ministerio y en los ámbitos en que se ha dado conocimiento al proyecto sobre la reforma de la salud.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Después de cuatro negativas explícitas por parte del economista Olesker durante meses y meses tanto es así que prácticamente perdimos un año de Consejos Consultivos, y mediante los buenos oficios del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, logramos ingresar como alternos del Sindicato Médico del Uruguay. ¡Planteamos todo! Pero no se incorporó ni una letra.

No sé si contesté al señor Diputado.

SEÑOR CARDOSO (don José Carlos).- Perfectamente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia de los representantes de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas.

(Se retira de Sala la delegación de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas)

(Ingresa a Sala una delegación de la Academia Nacional de Medicina)

—— Es un gusto recibir a la delegación de la Academia Nacional de Medicina, integrada por las doctoras Gloria Ruocco y Eva Fogel de Korc y los doctores Roberto Quadrelli y Celso Silva.

Damos la palabra al señor Diputado García, quien tuvo la iniciativa de convocarlos.

SEÑOR GARCÍA.- La invitación a los profesores obedece a lo siguiente. En el proceso que se dio hasta ahora del análisis de este proyecto de ley, la Academia Nacional de Medicina no tuvo posibilidades opinar.

Estamos frente a una institución de extrema importancia y es el organismo académico por definición que tiene nuestro país, integrado por académicos que han sido nuestros profesores en la Facultad de Medicina y han sido profesores de medicina en Uruguay.

Por lo tanto, entiendo que será un aporte sustantivo escuchar la opinión de quienes han vivido y ejercido las políticas sanitarias desde la cátedra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Compartimos plenamente la opinión del señor Diputado García.

SEÑOR SILVA.- Soy el Presidente de la Academia Nacional de Medicina, con títulos universitarios que no es necesario mencionar, ex Profesor titular de Clínica Quirúrgica, con especialidades en cirugía y en terapia intensiva.

Vamos a hacer una exposición breve, concisa, que estará acompañada por dos documentos que quedarán en poder de la Comisión. Uno de ellos es de un consenso es una carilla y el otro menciona las consideraciones realizadas por una Comisión que trabajó específicamente en el tema que nos ocupa. Ambos documentos serán leídos para que no haya omisiones ni prolongaciones innecesarias en la exposición.

Para la Academia, este es un tema del que se ocupó durante más de 25 años, de manera que no es nuevo.

SEÑORA FOGEL DE KORC.- Les voy a relatar lo que sucedió en un encuentro que hubo en Brasil. Me refiero al Foro Iberoamericano de Entidades Médicas, que contó con la presencia del señor Presidente de la Asociación Médica Mundial y que fue apoyado, entre otras instituciones, por el Sindicato Médico del Uruguay. En este Foro se trató el tema de la colegiación médica, exhortando a los Gobiernos a hacerse eco de tan justo y necesario problema. El documento al que voy a hacer referencia está firmado por el Presidente de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, el Vicepresidente del Consejo General de Colegios Médicos de España y el Presidente de Orden de Médicos de Portugal.

El título del relato es "Colegiación Médica en el Uruguay" y dice así: "Es de conocimiento de las organizaciones integrantes del Foro Iberoamericano de Entidades Médicas, el difícil momento que viven nuestros colegas uruguayos, como parte de un fenómeno complejo determinado por múltiples causas. La estructura del trabajo médico, con multiempleo, jornadas laborales extensas, malas condiciones materiales, escaso tiempo disponible para los pacientes, así como la penetración de valores e intereses ajenos a la profesión médica, atentan contra un adecuado ejercicio de la misma. La mercantilización, la masificación de la asistencia médica, la desvalorización de la relación médico-paciente, son algunos de los determinantes de esta situación. Conocemos que para el Sindicato Médico del Uruguay," también para la Academia Nacional de Medicina y la FEMI "resulta un imperativo ético dar una clara respuesta a esta situación, a fin de preservar los valores humanísticos básicos de nuestra profesión. Consideramos imperioso encarar una estrategia que devuelva a la sociedad la confianza en el médico y a este el reconocimiento y el respeto que merece. La Colegiación Médica, es la herramienta central de esta estrategia de recuperación de valores y de confianza, y nos consta que constituye un viejo y postergado reclamo del cuerpo médico uruguayo, que el Sindicato Médico del Uruguay" la Academia y otras entidades "ha impulsado históricamente. El médico tiene dos obligaciones básicas: mantener su saber médico actualizado y aplicar ese saber médico a través de una práctica enmarcada en una normativa preestablecida (Código de Ética), de tal forma de dar las mayores garantías a los pacientes, a la sociedad y a sí mismo. La Colegiación es el marco regulatorio de la profesión médica, y tiene entre sus funciones primordiales la defensa de los intereses básicos de la profesión y garantizar ante la sociedad la calidad de la actividad profesional. El Uruguay junto con Paraguay, son los 2 únicos países latinoamericanos que carecen de Colegio Médico poniendo en desventaja a su población y sus profesionales médicos en relación al resto de Iberoamérica. La migración de profesionales obliga a generar un marco regulatorio que comprometa a todos los países. Reglas de juego similares, garantizan igualdad de oportunidades para las migraciones médicas y solamente controlando su idoneidad se puede garantizar la calidad del cuidado de la población bajo su atención. Los países que no participan de un marco regulatorio general, están renunciando al control del ingreso y la actuación de profesionales que tienen derecho a ejercer sobre su población. Por todo lo antedicho, el Foro Iberoamericano de Entidades Médicas, ante la presencia del Sr. Presidente de la Asociación Médica Mundial, Dr. Nachiappan Arumugam, apoya la brega del Sindicato Médico del Uruguay" y de la Academia "en pro de la urgente aprobación de una Ley de Colegiación Médica y exhorta al gobierno de Uruguay a hacerse eco de tan justo y necesario reclamo".

SEÑOR QUADRELLI.- Soy Secretario General de la Academia Nacional de Medicina.

Desde hace un año la Academia está trabajando en dos temas fundamentales. Uno de ellos tiene que ver con el desarrollo profesional médico continuo; en este tema estamos trabajando junto con el Ministerio de Salud Pública, el Sindicato Médico del Uruguay, la Federación Médica del Interior y la Facultad de Medicina a través de la Escuela de Graduados. En este caso, la Academia actúa como delegada del Ministerio de Educación y Cultura.

El otro gran tema es el de la Colegiación Médica. Para analizarlo se formó el denominado "Grupo de la Academia", que está integrado por la Academia Nacional de Medicina, el Sindicato y la Federación Médica del Interior. Por lo tanto, este tema es muy caro para la Academia Nacional de Medicina.

Insisto en que el documento a que hizo referencia la académica Fogel de Korc que llegó hace poco tiempo; está fechado el 28 de setiembre de 2007, es una declaración de las entidades médicas iberoamericanas, referida específicamente a la situación del Uruguay.

Por otra parte, la Academia armó un proyecto de manifiesto que aún no hemos hecho público, que voy a leer a continuación. Dice así: "En los últimos años, estamos asistiendo a un progresivo deterioro de la relación entre los médicos y la sociedad. Diversos factores explican esta grave situación. Es difícil y compleja la tarea de desentrañar los caminos que han llevado a este desencuentro. Pero es imprescindible hacerlo. Solo el análisis conjunto y complementario, crítico y solidario, apasionado y objetivo, entre ambos actores: sociedad y profesión médica, podrá echar la luz necesaria para restablecer una nueva relación. Relación que dé a usuario y profesionales, nuevas y mayores garantías de un ejercicio profesional con un fuerte contenido de servicio, para lograr así preservar la esencia misma de la medicina, que es por su naturaleza, una de las formas de vínculo interhumano más enriquecedoras y desafiantes que existen. Conscientes de esta situación y de la urgencia ética de restablecer los valores en riesgo, los médicos tomamos la iniciativa de poner el tema como una prioridad de nuestras actuales preocupaciones. La profesión médica carece de un marco regulatorio, de una normativa clara en lo que respecta a la conducta que debe regir el ejercicio de la profesión y de un organismo competente, que asegure el control de la misma. En el Uruguay no existen estructuras ni organizaciones que den a la sociedad y a los profesionales médicos, las necesarias garantías para un correcto ejercicio profesional. Desde largo tiempo atrás, los médicos vienen bregando por la construcción de esa estructura, de esa herramienta, que ordene, regule y controle nuestra actividad. Por distintas razones aún no se ha logrado. La colegiación profesional, bajo distintas denominaciones según los países, es la creación por ley de una persona jurídica pública no estatal, que tiene por objeto regular la matrícula de la profesión de que se trate, supervisar el cumplimiento de las normas éticas de la misma, efectuar el desarrollo de la calidad profesional a través de diversas medidas, entre ellas la educación y desarrollo continuos, aprobar y aplicar el Código de Ética, determinando las sanciones en los casos de faltas y promoviendo normas que mejoren la condición de profesionalidad de los colegiados. Por su condición de institución creada por ley, tiene carácter obligatorio para la totalidad de los miembros, sean estos egresados de universidades nacionales o hayan revalidado sus títulos en ellas. Otorga, suspende y quita el ejercicio legal de la profesión. La Colegiación Médica tiene funciones claramente diferenciadas de las potestades de rectoría del Ministerio de Salud Pública, así como también de las de defensa de los intereses morales o materiales de los profesionales, que llevan adelante sus respectivas entidades gremiales profesionales. No interfiere ni sustituye las funciones habituales del Poder Judicial en ninguno de sus fueros (civil, penal, administrativo o laboral). También la Colegiación Médica es independiente de las estructuras académicas o educativas (Facultades y Escuelas profesionales), tanto universitarias como de otros estamentos creados en la órbita del Poder Ejecutivo (como en el caso de la propia Academia Nacional de Medicina). No se contrapone con las funciones y objetivos de las organizaciones ya existentes, sino que le da fuerza legal a un instituto dotado por ley de potestades para adoptar procedimientos y medios de contralor idóneos para la regulación del ejercicio profesional, así como de la promoción y control de la buena praxis médica, como garantía para la sociedad, que necesita tener debidamente resguardada de los intereses políticos o económicos, sectoriales o corporativos. Será, por otra parte, garantía incuestionable del funcionamiento y mejora de los servicios de salud, y de los procesos de reforma de dichos servicios. Los colegios profesionales tienen una estructura esencialmente democrática, realizando la elección y renovación periódica de sus autoridades por el voto secreto de sus integrantes, con una organización nacional y regional, con diferentes instancias para tramitar, apelar o presentar recursos que hacen a la diligencia del debido proceso, y constituyen una herramienta idónea para brindar a la sociedad la tranquilidad de que los intereses superiores de la Nación estarán preservados por un examen sistemático y permanente de la competencia profesional de sus colegiados. Ellos son los encargados de adoptar y mantener permanentemente actualizado, de acuerdo a los cambios científicos y tecnológicos y los desafíos de la bioética, el Código de Ética de su profesión, así como desarrollar funciones educativas para la actualización permanente profesional, y actividades preventivas, emitiendo recomendaciones para el cuidado de la salud de las poblaciones, en diversas áreas. Uruguay se ha mantenido desactualizado y por tanto en situación marginal de este enfoque de progreso, desde hace más de 65 años y sería justo y necesario modificar esta situación para corregir la insuficiencia descrita y darle las debidas garantías a los procesos y a los administrados, de acuerdo a las prácticas de esta época. Es una modernización indispensable que se impone realizar sin más demora, para resguardar la calidad de la profesión, la custodia de la ética y la promoción de la buena praxis. Sería oportuno subsanar, a través de una iniciativa legislativa, esta carencia tan grave, que entre otros efectos deteriora la prestación de los servicios, la calidad y la imagen de las prestaciones profesionales y de los propios miembros de la profesión en diversas áreas, impidiendo sancionar y separar a quienes se apartan de las reglas del arte. De continuar sin adoptar una solución adecuada, la situación actual, de gravedad y alarma crecientes, podrá ser fuente de inquietudes y problemas mayores en el futuro cercano, razón por la cual se considera de toda prudencia y previsión administrativa y de obligación moral adoptar las medidas conducentes a corregirla".

Si me permite el señor Presidente, voy a dejar una separata del Boletín de la Academia Nacional de Medicina dedicada nada más que al Código de Ética Médica, que fue aprobado en la etapa democrática y en el cual trabajó durante más de un año el académico ya desaparecido Alfredo Navarro.

Es un Código que recorrió toda la escala de aprobación. Primero fue elevado al Ministerio de Educación y Cultura, del cual depende la Academia Nacional de Medicina. Dicho Ministerio lo pasó al Ministro de Salud Pública, que en aquel entonces era el doctor Raúl Ugarte. Lo estudió la División Jurídica del Ministerio y lo pasó luego a la Comisión Honoraria de Salud Pública, con un escrito recomendando que utilizase este Código en las situaciones en que tuviera que enfrentar hechos de tipo médico. Inclusive, fue corregido porque con posterioridad aparecieron nuevas técnicas de inseminación asistida en reproducción en humanos y fue actualizado.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- En primer término, tengo que agradecer la presencia de la Academia Nacional de Medicina ante la invitación que le hemos realizado y, además, quiero trasmitir el honor que para nosotros representa compartir con ustedes esta reunión.

Ustedes plantean el tema de la colegiación médica y me parece que es de rigor que les informemos que el proyecto de colegiación médica no es desconocido para este Parlamento. Ha tenido un larguísimo proceso en esta Casa, en función de recoger las ideas, las iniciativas y los principios que los gremios médicos, a través de la historia, han manifestado en cuanto a la necesidad de que esto se consagre. En este Parlamento, Legislatura tras Legislatura, ha habido parlamentarios que se han preocupado por el tema. Es más: en esta Legislatura, la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social empezó a analizar el proyecto de colegiación médica, porque creíamos que era necesario hacerlo previamente a tratar este proyecto de Sistema Nacional Integrado de Salud que vamos a votar en los próximos días. Pero también tenemos que decirles, para su información, que cada vez que en este Parlamento ha habido una iniciativa en ese sentido, sistemáticamente, fuerzas que no sabemos de dónde provienen han bloqueado el tema, y también lo hicieron en esta oportunidad. Tanto es así que nuestra Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tuvo que dejar de analizar el tema en función de que en las coordinación de los partidos políticos con el Presidente de la Asamblea General se resolvió empezar a analizar el proyecto de colegiación profesional previamente al de la colegiación médica. Pero eso siempre ha sido así y los hechos siempre han demostrado que ni uno ni otro, en definitiva, han podido avanzar. Esa es la realidad.

En este momento, existe una Comisión Especial nombrada por la Cámara de Diputados que está analizando el proyecto de colegiación profesional, y tiene un plazo. Vamos a ver si en esta Legislatura podemos avanzar por lo menos en eso, pero yo quiero trasmitirles a ustedes que en este Parlamento hay legisladores comprometidos con el proyecto de colegiación médica y que vamos a seguir insistiendo. Creo que va a llegar el momento de que esto se concrete, porque los hechos van a determinar que es imposible avanzar en este país en materia de políticas de salud si no tenemos, entre otras cosas, un proyecto de colegiación médica.

SEÑOR SILVA.- Me alegro mucho por la exposición que acaba de hacer el señor Diputado, referente a los obstáculos que ha encontrado este tema a lo largo de distintas legislaturas. Cuando hemos analizado el porqué de la oposición a este proyecto tan importante para los médicos, siempre hemos visto que la base es la ignorancia del tema. No estoy hablando en forma peyorativa; digo que los que se oponen usan argumentos absurdos, entre los cuales se destaca particularmente el hecho de que los médicos quieren crear una corporación para defenderse de las malas cosas que hacen los médicos. Y no hay juez más duro que los médicos juzgando a sus pares.

La colegiación médica es una garantía para el paciente, para la población, no para las cosas malas que potencialmente puede hacer el médico. No es ese el objetivo; al contrario. Entonces, cada vez que se choca con esta iniciativa, si uno habla con las personas que se oponen, se da cuenta en seguida de que no están informadas adecuadamente. Nosotros creemos que la colegiación médica, si bien puede ser incorporada al resto de las colegiaciones profesionales, tiene particularidades que hacen que la Academia se haya ocupado exclusivamente de la colegiación médica. A pesar de que ha habido intentos muy recientes de la Agrupación Universitaria para agrupar a todos los profesionales, nosotros consideramos que no es correcto, pues los médicos tienen problemas propios -que ustedes ven cotidianamente-, que hacen que la colegiación de los médicos deba tener una fuerza, una estructura propia. Por supuesto, todas las profesiones deben ser colegiadas pero, particularmente, los médicos.

Quiero señalar que hoy en día en medicina, la ética y la moral se consideran sinónimos, y ha sido la gran crisis en el ejercicio de la medicina en el mundo.

Cuando una persona tiene una afección, lo primero que quiere es irse a Estados Unidos de América a que lo operen. Yo quiero que ustedes sepan que en el mundo, Estados Unidos de América ocupa el lugar número 13 en calidad asistencial. Repito: lugar número 13. Está precedido por Dinamarca, España, Canadá, Holanda, Suecia, Noruega, etcétera...

(Interrupción)

—— Sí, hasta hace poco, y acaba de descender varios lugares más. ¿Y cuál es la crisis más grande de Estados Unidos de América? No se trata de que no tengan tomógrafos, ecógrafos o médicos que operen bien sino que la gran crisis, es la crisis ética. Un grupo numeroso de médicos en Estados Unidos de América -y en muchos otros países; en el nuestro también- carecen de los principios éticos que deben ser respetados, y que son: respetar al paciente, conocer su situación socio económica, cuáles son sus problemas, sus aspiraciones éticas, y también respetar las propias, siempre anteponiendo, ante todo, el beneficio del paciente.

La colegiación médica quiere volver a algo que existió en otro momento y que se ha ido perdiendo. Me refiero a que el médico ante todo debe respetar los principios éticos fundamentales en el ejercicio de su profesión.

Para ustedes podría ser una sorpresa, pero no existe una cátedra de ética en Medicina. Esto es absurdo, no tiene sentido, ya que se puede enseñar como cualquier otra materia. Los grandes maestros enseñaron con su ejemplo, pero no alcanza porque los médicos pueden actuar eludiendo fácilmente los principios éticos. Es muy difícil controlar la ética en la actividad médica. El médico debe formarse dentro de rígidos principios éticos que estén contemplados en su formación profesional para que sea la única forma en que pueda actuar y no sea necesario eludirla.

Muchas de las situaciones que originaron juicios tienen como base el mal procedimiento ético, la mala relación del médico con el paciente y con su familia. Insisto: la colegiación médica persigue devolver los valores humanos y éticos.

Cuando se analizan las grandes revoluciones en materia de docencia en medicina, por ejemplo, la primera gran revolución fue en España en 1999, se advierte que entre las exigencias fundamentales en los capítulos de formación no figuran conocimientos acerca del valor del tomógrafo o de los exámenes con equipos automáticos, sino que lo primero a estudiar son los principios éticos, morales en el ejercicio de la profesión médica. Esto es lo que quiere devolver la Academia, y por eso su esfuerzo demostrado por años de trabajo.

No queremos que se perdone la vida a los malos médicos; al contrario, queremos que no haya más malos médicos. Pero no vamos a caer en el absurdo como sucede con algunas agrupaciones políticas o religiosas que siempre sobre el delito o la falta grave que cometió un par tienden un manto negro tapando todo. El médico no hace eso.

Frecuentemente, yo soy perito de jueces y consideran que soy demasiado duro. Sí; es así cuando las cosas lo justifican.

Por lo tanto, los señores parlamentarios pueden quedarse con la tranquilidad de que esto no es para proteger al médico sino para proteger al paciente y para formar mejores médicos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho sus palabras, que son reconfortantes.

Enviaremos la versión taquigráfica a la Comisión Especial que acaba de crearse que, precisamente, atenderá la temática a la que hicieron referencia.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Solicito que se incorpore a la versión taquigráfica los documentos que han aportado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Así se procederá.

(Se retira de Sala la delegación de la Academia Nacional de Medicina)

(Ingresa a Sala una delegación de la Federación de Funcionarios de Salud Pública)

—— La Comisión da la bienvenida a la delegación de la Federación de Funcionarios de Salud Pública, acompañada por representantes de COFE, e integrada por la señora Beatriz Fagián y los señores Alfredo Silva y Pablo Cabrera.

SEÑOR SILVA.- Agradecemos a la Comisión la posibilidad que nos brinda para emitir nuestra opinión acerca del proyecto referido al Sistema Nacional Integrado de Salud.

En primer lugar queremos referirnos -y así lo hemos planteado en los ámbitos de discusión que tiene la Federación con el Ministerio de Salud Pública y ASSE- al aporte del 6% que como trabajadores tenemos que hacer al sistema al haber sido incluidos en este nuevo proyecto. No estamos en contra de la aprobación, pero no estamos de acuerdo con la cantidad que se establece porque nosotros tenemos la asistencia integral derecho consagrado desde hace muchísimos años; precisamente desde 1963 que ya marcaba la atención en ASSE para el funcionario con su grupo familiar y sus padres. El hecho de que hoy ingresemos nosotros al sistema y no el grupo familiar hace que, efectivamente, tengamos así lo marca la ley que aportar un 6%. Creemos que en primera instancia se debería hacer ese aporte en forma escalonada y que se considere el total, ya que de hecho y de derecho, por la propia ley del año 1963, ya teníamos una cobertura dentro de ASSE. Entendemos que estaríamos siendo perjudicados directamente los trabajadores titulares del Ministerio de Salud Pública, todos aquellos que ingresamos al sistema dejando la cobertura de la ley de asistencia integral.

Este es un planteo que pretendemos se tome en cuenta en la discusión que se dé en la Cámara de Representantes, a fin de arribar a una solución, en el entendido de que estamos de acuerdo con el sistema. Lo que no compartimos lo sabe el país entero es el producto final. Creemos que apuntar al sistema estatal y público es el paso definitivo, equitativo, que asegura la universalidad, pero hay que transitar el sistema integrado, donde vamos a ser fieles custodios de los intereses del subsector público, en este caso representando a los trabajadores a través de la Federación, en el marco de la defensa que hemos hecho de la institución Salud Pública como tal.

También queremos decir muy fuertemente y que se tome en cuenta que si hoy tenemos un subsector público, a pesar de todas sus carencias, es gracias a los trabajadores. Somos conscientes, y lo hemos dicho en más de una oportunidad, de que no han existido políticas sanitarias, que se ha usado y abusado de la salud pública a lo largo y ancho del país por las instituciones privadas. Evidentemente, eso ha traído el desmantelamiento, el intento de cierre y transformación de algunos hospitales y diferentes servicios que brinda Salud Pública. Como los trabajadores apostamos al servicio de Salud Pública y a la competitividad efectiva del subsector público en el sistema, es que hacemos estos planteos, que entendemos son de base para el derecho que tenemos como trabajadores, a la hora de ser integrados efectivamente al sistema.

SEÑOR CABRERA.- Queremos plantear, en la discusión de este proyecto, un aspecto muy importante que los trabajadores hemos visto como algo realmente positivo. Me refiero a la posibilidad de que los trabajadores y los usuarios sean incluidos en la dirección de este nuevo sistema que se va a llevar adelante. En ese sentido, estamos trabajando hacia la interna de los sindicatos para que el compañero o la compañera que vamos a aportar al sistema esté lo más preparado posible para trabajar en lo que significará convertir este estado sanitario que tenemos en uno mejor. Ante la elaboración del proyecto obviamente, vamos caminando hacia eso, la Federación siempre ha planteado la necesidad de reconvertir el sistema actual, que es carente y que, a falta de brindar servicios importantes a la población, ha dejado al sector la parte de la ganancia y nos hemos olvidado de la salud como tal. Se trata de lograr la inclusión de aquellos que perciben los servicios y de quienes aportamos con nuestro trabajo a la creación del sistema de salud. Eso es fundamental y lo queríamos rescatar como un aspecto realmente positivo. Sabemos que se ha dado una discusión en profundidad al respecto y que hay sectores que no estarían tan de acuerdo en esa participación. Queremos dejar claro que los trabajadores no solamente estamos de acuerdo sino que vamos a seguir peleando para lograr que esos espacios se fortalezcan y que desde esos lugares se pueda dar una dirección diferente al sistema sanitario. Esperamos que con este cambio demos al país una situación sanitaria diferente a la de hoy.

También creemos fundamental que se profundice, luego de este proyecto, en el aspecto de los presupuestos. El año próximo para nosotros es muy importante porque con la descentralización de ASSE todavía mantenemos presupuestos actuales del Inciso 012, por lo que entramos en una cierta diferencia a la hora de participar el sector público y el sector privado, que ya tenía una cierta preparación para lo que significaría este nuevo camino de trabajo. Por eso desde ya estamos trabajando para rearmar desde adentro a ASSE, y vamos a pelear para que el presupuesto sea diferente y se dé una oportunidad de crecimiento a esta ASSE que es la que realmente llega a todo el país. Pretendemos que lo haga en igualdad de condiciones, porque es desde el único lugar que se ha llegado a los puntos más lejanos del medio rural, muchas veces tan dejado de lado por el subsector privado. No ha sido dejado de lado por el subsector público y eso lo queremos rescatar. Se necesita que se lo potencie. Esta discusión se va a dar aquí, obviamente no en este momento, pero hay que incluirlo a la hora de pensar que en este proyecto que está abarcando a todos y en el que los subsectores se van a tener que complementar, este subsector es central, pero algún aspecto ha quedado un poco relegado.

SEÑORA FAJIÁN.- Creo que estamos a las puertas de un cambio profundo en todo lo que significa el sistema sanitario del país. Hasta ahora estaba todo muy mezclado y en áreas separadas: salud privada por un lado y salud pública por otro. Además, Salud Pública ejercía dos roles: el de prestador y el de controlador de servicios.

La separación de ASSE de Salud Pública es fundamental para que el sistema se pueda aplicar con total equidad. Como trabajadores de ASSE apostamos a que puede ser muy efectiva y muy eficiente en los próximos años, con un nuevo presupuesto y con nuevos lineamientos en salud. Creo que el Ministerio de Salud Pública va a aprobar muchos programas beneficiosos para la población. Como trabajadores estamos aportando toda la experiencia y el conocimiento, tanto a nivel de la Dirección General de la Salud como de ASSE, porque consideramos que es fundamental.

Nuestra mayor preocupación sabemos que esto va a salir adelante y los trabajadores vamos a poner en el asador toda la carne necesaria es la ley de asistencia integral, Nº 13.223, que otorga a los funcionarios y a sus familiares directos cónyuge, hijos y padre la cobertura. La ley dice que la cobertura se brindará a través de ASSE. No nos queda claro cómo se puede conjuntar una ley con la otra. No sabemos qué significa esta ley nueva sobre la que ya tenemos, que implicó una gran lucha de los trabajadores de Salud Pública. Al ingresar al sistema integrado de salud, que no nos parece que esté mal, consideramos que tenemos que mantener la asistencia en ASSE para toda la familia.

Insisto: debe ser para todo el núcleo familiar, como hasta ahora. No estamos de acuerdo con el aporte; inclusive, al momento de hablar de un aumento salarial siempre se nos contó como parte del salario, pero hoy no se está considerando así sino por fuera de nuestro salario. Nos gustaría que eso quedara un poco más claro y, en todo caso, que el servicio se le brinde a toda la familia y que no tengamos que optar por optar, porque si somos trabajadores de ASSE es en ese ámbito donde debemos atendernos. Son pequeñas cosas que hasta ahora hemos mantenido y considero que así como cualquier institución privada obliga a sus trabajadores a afiliarse a ella, nosotros teníamos atención en ASSE y debemos mantenerla allí, y debe abarcar a todo el núcleo familiar.

También quiero decir que no se trata de que como trabajadores no queramos aportar nada; podemos aportar al sistema, pero en el caso de que lo hagamos, quisiéramos que fuera como el resto de los empleados públicos: gradualmente, no haciendo todo el aporte de entrada.

SEÑOR TAJAM.- Lo que iba a preguntar, básicamente ya fue contestado. Iba a referirme a que todavía no se había especificado cuál era la cobertura integral de la que ustedes disponen y cuál es la propuesta que tienen para vuestra integración al sistema pues, como se establece en el artículo 68 del proyecto, no están exonerados del aporte al Fondo. Ustedes están planteando una integración gradual como aportantes al Fondo.

SEÑORA FAJIÁN.- Exacto.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- No sé si han tenido en cuenta que de este aporte, el 3% inicial va a estar a cargo del Estado. Es decir que a partir del 1º de enero el aporte que deberán hacer será del 1,5% aquellos que no tienen hijos menores de 18 años y del 3% aquellos que tienen hijos menores de 18

años. O sea que no hablamos de aportes del 6% ni del 4,5%, sino que hay que deducir el 3% inicial que el Estado aportará en esta etapa a todos los funcionarios públicos.

SEÑORA FAJIÁN.- No lo teníamos claro.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Repito que en el caso de todos los funcionarios públicos el 3% inicial estará a cargo del Estado, que progresivamente, año a año, lo va a ir incorporando. A partir del 1º de enero los aportes serán del 1,5% para aquellos que no tengan hijos menores de 18 años y del 3% para aquellos que tengan hijos menores de 18 años. Insisto en esto porque quería saber si lo habían tenido en cuenta, porque no se trata del aporte total del 6% ni del 4,5%, sino que el Estado se va a hacer cargo del 3%.

SEÑORA CHARLONE.- En primer lugar, quiero agradecer la presencia de esta delegación.

Creo que es muy válida la aclaración que hace el señor Diputado Gallo Imperiale con relación a los aportes.

También me parece muy válido el planteamiento que hace la delegación, y confieso que la redacción que está planteada me deja alguna duda que vamos a consultar acerca de la vigencia o no de la cobertura de la asistencia integral. Por lo menos según lo que algunos hemos trabajado en el tema, pensamos que eso se había mantenido, pero viendo cómo quedó modificado el texto entiendo que pueden generarse dudas desde el punto de vista de la interpretación. Por lo tanto, me parece muy válido el planteo para que nosotros podamos trasladarlo y hacer las consultas del caso.

SEÑOR CABRERA.- Hay una situación por la que nosotros estuvimos discutiendo. Tiene que ver con el proceso que se dio con el propio FONASA, creado por una ley anterior que dio el pie, el inicio para esta transformación, y que establecía que los Incisos 12, 03 y 04 quedaban exentos de la política general del Fondo. Sin embargo, con este proyecto de ley todavía nos queda alguna duda al respecto, porque no solo queda exento el Inciso 12 en virtud de la ley por la que se creó el FONASA, sino que hay que considerar que actualmente existe también la descentralización de ASSE y que hay un organismo diferente. Insisto: hay cosas que no nos quedan claras con el texto de la ley. Además, a eso se le suma el hecho de que entendemos que existe un aporte que debe ser solidario, con el que estamos de acuerdo, porque si entre todos vamos a hacer uso de él, entre todos tenemos que solventarlo.

Existe una vieja realidad de los trabajadores de Salud Pública: nosotros teníamos un presupuesto determinado para la salud de los funcionarios y disponíamos de atención sin tener que aportar parte del salario de los trabajadores. Entonces, esto significa una diferencia muy importante con el resto de los funcionarios públicos, porque cuando nace el FONASA se consideran las dos cosas juntas: el aporte del trabajador sumado a la cobertura que antes no tenían. De modo que hay un costo beneficio muy importante para el resto de los trabajadores públicos, pero no ocurre lo mismo con los trabajadores de Salud Pública. A nosotros, como sindicato, siempre nos va a costar trasladar estos conceptos hacia la interna y hacer una discusión seria al respecto, porque, en cierta forma, la gente se va a ver perjudicada. Aun cuando al principio el aporte sea de solo 1,5%, si a esto le sumamos el hecho de que los salarios de los funcionarios de Salud Pública en particular están muy por debajo del promedio de la Administración Central, esto nos habla de que los porcentajes tendrían que ser diferentes, por lo menos hasta que logremos igualdad de condiciones en cuanto al crecimiento. Lo planteo porque también hay una discusión de parte del Gobierno sobre un crecimiento real de los salarios de los funcionarios públicos en general y, obviamente, los de Salud Pública estamos incluidos, pero como hay un abismo, sería importante que existiera la posibilidad de hacer una salvedad, por lo menos al principio y hasta que lográramos un crecimiento diferente, que nos coloque en condiciones más igualitarias. De ese modo, algunos trabajadores no se sentirían tan perjudicados.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que los planteos han quedado totalmente claros. Seguiremos en contacto con ustedes y continuaremos trabajando en este proyecto de ley.

Muchas gracias por vuestra presencia en la Comisión.

(Se retira de Sala la delegación de la Federación de Funcionarios de Salud Pública)

(Ingresan a Sala representantes de ADUSS, Asociación de Usuarios del Servicio de Salud)

—— Es un gusto para nosotros recibir a las señoras Eloísa Barreda, Coordinadora General de la Asociación de Usuarios del Servicio de Salud, y María Raquel Cambeiro, Vocal de esa institución.

Como ustedes saben, esta Comisión está analizando el proyecto de ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, y es a estos efectos que hemos resuelto convocarlas para escuchar vuestra opinión. Les informo que se está repartiendo a los señores Diputados el documento que ustedes nos acaban de entregar.

SEÑORA BARREDA.- Fui fundadora de esta Asociación y actualmente me desempeño como Coordinadora General.

Como ustedes podrán apreciar en el "dossier" que hemos presentado, nuestro movimiento surgió luego de que, por un error, muriera el arquitecto Juan Pablo Terra. Nosotros pensamos en qué se podía hacer para mejorar la situación y para que ese tipo de cosas no volviera a ocurrir. Había que tener el coraje de cambiar y durante todos estos años hemos estado trabajando en ese sentido.

No hemos podido conocer mucho el proyecto porque no estuvimos representados en el Consejo Consultivo; no se nos convocó, no se nos invitó a pesar de que somos representantes de los usuarios y tenemos una experiencia de muchos años. De cualquier forma, tenemos alguna idea porque trabajamos con la gente.

Lo que encontramos en el proyecto y en todo lo que ha llegado a nuestras manos es que la gente ha estado fuera de toda su elaboración. Estamos convencidos de que hay que cambiar este sistema, que es maquiavélico y que se ha distorsionado totalmente con el transcurso del tiempo. Yo, como uruguaya que ha andado por el mundo integrando representaciones, me sentía orgullosa porque el sistema de salud de los uruguayos se tomaba como un ejemplo a nivel mundial. Por eso, cuando uno se enfrenta a estos problemas le cuesta mucho entender cómo todo eso se fue como arena entre los dedos; fuimos perdiendo todos los valores que teníamos. En ese empeño, desde ADUSS nos integramos a todo. Por eso decimos sistema; sistema no existe, pero trabajamos por la utopía. Gracias a Dios que la tenemos lejos para seguir trabajando.

En principio lo pensamos como socios de instituciones, pero yo pertenezco al Círculo Católico que es una mutualista en la que elegimos, actuamos y somos oídos. Pero después, a medida que salimos a los medios, vinieron desde el sistema público. Nos costó mucho pensar cómo se iba a llamar la Asociación y fue cuando tenemos el orgullo de decir que pensamos en usuarios, porque, de hecho, todos son usuarios, y hay muchos médicos estoy mirando a algunos que en cualquier momento son usuarios. Por lo tanto, lo de usuarios nos cae muy bien aunque con Guido Berro siempre tenemos una gran discusión. No nos sentimos consumidores, no nos sentimos pacientes, si no, seríamos pasivos; como usuarios, nos sentimos activos, no solamente en el sistema de salud sino en la vida de todos los días.

Nosotros tenemos preguntas y tenemos discrepancias. Esto es de abril o mayo y sé que las cosas han cambiado, pero de alguna forma, lo que sentimos no ha cambiado. Se pretende generar un sistema igual para todos. Sin embargo, los más pobres no podrán elegir institución donde atenderse. Será el Estado, a través de la Junta Nacional de la Salud quien les asignará la institución que los atenderá. En ese momento, esto figuraba en el artículo 57. Esto supone mantener las cosas como están. Es el Estado el que atiende a los más pobres a través de los hospitales, y acá nosotros siempre tuvimos una gran discusión: que los hospitales no son para pobres. Los uruguayos no sentimos que solo los pobres van a los hospitales sino que tenemos que trabajar para que los hospitales no sean solo para los pobres, para que tengan una mejor atención y no sean pensados con esa visión de pobres.

Tampoco estamos de acuerdo con el carné para que se reciba atención sin pagar. Eso hay que sacarlo, porque cuando es gratis la gente no siente que realmente tiene derecho a reclamar. Cuando empecé fui mucho a los hospitales y la gente no reclamaba, pasaba horas, porque igual, no pagaba. Entonces, tendría que ser no arancelado, como hay dos aranceles más. Hemos trabajado mucho en eso pero no hemos tenido éxito en que el carné no diga "gratis".

Por otra parte, los ricos podrán tener más beneficios si, por ejemplo, pagan aparte una habitación.

Tampoco queda claro cuánto costará al Estado o a los usuarios este cambio. Se habla de valores fictos, de cuotas salud, de tiques moderados, pero no se dice cuánto costará. En el día de ayer me enteré que en los hospitales aparentemente también se van a pagar tiques. No queda claro cuál será el futuro de la asistencia pública en los hospitales, ni si se pagará a cada institución en función del número de las personas que las elijan. Seguramente, los hospitales públicos se verán perjudicados, algo que podrá dañar también a los más pobres. Digo esto porque el proyecto insiste en que debe haber igualdad para todos. Sin embargo, se establece que el financiamiento a través de la cuota de salud tendrá en cuenta costos diferenciales, según grupos poblacionales determinados. Pero ¿cuáles son esos grupos poblacionales? ¿Cuáles son las metas asistenciales? Quiere decir que algunos se beneficiarán en perjuicio de otros.

Por otro lado, parecería que los pacientes psiquiátricos quedan fuera del sistema en cuanto a su internación. En materia de responsabilidad médica este es un gran tema, para el caso de que existan reclamos de usuarios será mucho más difícil concretar una demanda sacaríamos esta expresión porque nosotros no hacemos demandas sino mediaciones porque no se sabrá quién es el responsable: el Seguro Nacional de Salud, la Junta Nacional de Salud, el Banco de Previsión Social, la institución mutual o los IMAE; todos sabemos que hoy en día se discute la naturaleza jurídica de los IMAE. Esto provoca que el usuario no tenga certeza en cuanto a quién demandar. Si entran más protagonistas en la relación asistencial, se pierde la oportunidad de aclarar estas cuestiones.

También se dice que la Junta Nacional de Salud podrá generar mecanismos para atender reclamos y vías alternativas para resolver conflictos, pero esto se deja para el futuro. Entendemos que esto debería ser instrumentado ahora en el proyecto de ley. Si no se aprovecha la oportunidad para generar un fondo que cubra la mala praxis ¿qué pasará con todo esto? Estamos hablando de un seguro de salud ¿no?

Como usuarios sentimos verdaderas dificultades para entender este sistema de salud que se propone.

Los usuarios apenas tienen un voto en la Junta Nacional de Salud, el Estado cuatro y los trabajadores y las mutualistas uno cada uno. Los usuarios somos mayoría y deberíamos tener más participación. La presencia del Estado en todo este sistema es predominante. Entre los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud deberían figurar las siguientes cuestiones: la no discriminación por edad, sexo, incapacidad o dolencia o capacidad económica y la protección de la vida humana desde la concepción hasta la muerte natural. Este es uno de los puntos donde tenemos discrepancia.

Como este no es un proyecto acabado y se ha ido delineando según el estado del hígado del economista Olesker, no pudimos discutirlo con la gente. No hemos sido consultados, ni pudimos hacer aportes; el ámbito adecuado para ello debería haber sido el Consejo Consultivo.

Quiero referirme a la iniciativa del doctor Cid relativa a los derechos del paciente, que ya cuenta con media sanción del Senado. En su momento, el doctor Cid me dijo que este proyecto pasaría a la Cámara de Diputados, donde se iba a analizar de inmediato; sin embargo, el señor Diputado Gallo Imperiale me expresó que se incluiría en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Debo señalar que esta cuestión no la hemos visto propuesta en ningún lado. Creemos que es una barbaridad que esto no esté vigente aún porque todos seguimos en el corralito y sé que esto ha hecho mucho daño. Hay gente que tiene razones para cambiar de institución y, debido a estas demoras, hay personas que mueren por la mala atención de ciertas instituciones, inclusive grandes. Si hubiesen concretado el cambio de institución podrían haber sido atendidas por otro médico, con otra visión.

Nos ha llamado la atención otro tema. Hace unos días, el economista Olesker habló de la inclusión de los seguros móviles, pero no entendemos de qué forma; de todos modos tengo entendido que también hay que pagar para ello. Entonces, ¿cuánto vamos a tener que pagar de cuota para atendernos? Creemos que va a ser muy difícil elegir por uno de los dos sistemas.

Por último, voy a referirme al gran tema del poder del FONASA, porque sabemos que va a determinar qué se puede o no hacer en una institución. Hemos llegado a un verticalismo tal que no podemos aceptar, como tampoco lo hemos hecho en la etapa negra que vivió nuestro país.

(Ocupa la Presidencia el señor Diputado Posada)

SEÑOR BRENTA.- Antes que nada, quiero agradecer la presencia de las representantes de una institución que tiene una larga trayectoria en defensa de los derechos de los usuarios. Justamente, el documento que nos han repartido detalla la situación lamentable vivida por el doctor Juan Pablo Terra, algo que está asociado al origen de esta institución.

Quiero realizar dos aclaraciones.

Existieron versiones acerca de la posibilidad como ustedes lo mencionaron del cobro de órdenes y tiques en ASSE. Es cierto que la señora Ministra manejó aquí esa posibilidad, pero quizás no quedó claro. Nos tomamos el trabajo de consultar a la señora Ministra, a partir de ese debate, quien nos habló de que esa posibilidad era para alguien, integrante del FONASA, que hiciera la opción por el sistema público. Por ejemplo, un legislador, a partir del 1º de enero de 2008 puede optar por el sistema público adelanto que esto va a suceder; conozco algunos casos, y esa persona, con un ingreso salarial evidentemente alto, será atendida en Salud Pública sin ningún costo, ni copagos. Si esta situación se extendiera en un futuro, habría que evaluarla desde el punto de vista de la equidad. Esta es la posibilidad planteada por la señora Ministra. En el caso de que gente de altos ingresos hiciera la opción por el sistema público algo que puede hacer legalmente, se habilita esta posibilidad. Bajo ningún concepto está planteado el cobro de copagos para el mal llamado carné de pobre, ni para ninguno de los otros dos carnés bonificados, el uno y el dos.

Por otra parte, el doctor Aguilar, el día en que asumió su cargo en el nuevo Directorio de ASSE, anunció en su discurso que está disponible en la página web de la Presidencia, entre otras cosas, el cambio de este famoso carné que ha operado en muchos casos como un elemento estigmatizarte.

Quiero hacer otra aclaración. Efectivamente, a partir del 1º de enero de 2008 quedará liberada la posibilidad de pasar de una mutualista a otra. Por lo tanto, termina esta situación del mal llamado corralito. Esta situación se elimina a partir del 1º de enero de 2008 con la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud, razón por la cual los usuarios del Fondo Nacional de Salud podrán optar por el sistema público o privado y, dentro del sistema privado, por la mutualista que consideren de su preferencia.

SEÑOR GARCÍA.- Con respecto al tema de los tiques en los hospitales, como bien dice el señor Diputado Brenta, la señora Ministra de Salud Pública confirmó aquí que eso sería así. Pero si eso no fuera así, será muy fácil de solucionar, porque la bancada oficialista podrá votar el aditivo que va a presentar el Partido Nacional en el que se va a establecer que estará prohibido, a texto expreso, cobrar tiques, órdenes o tasas en los servicios que presta ASSE. Si es cierto que no se va a cobrar tiques, vamos a ver que el aditivo que va a presentar el Partido Nacional será aprobado por unanimidad.

(Interrupción del señor Representante Brenta)

—— El Partido Nacional va a presentar un aditivo en el que se establece que está prohibido, a texto expreso, el cobro de tasas, órdenes o tiques en los servicios que presta ASSE. Si la bancada oficialista dice que no se van a cobrar, va a apoyar el aditivo; si no lo apoya es porque se sostiene la tesis de la señora Ministra lo digo de memoria, que expresó que en el futuro puede haber prestaciones que requieran el cobro de tasas moderadoras.

En cuanto al corralito, lamento decir que tampoco es así, porque el primer inciso del artículo 50 establece: "La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación". Es decir que el corralito sigue vigente. Se formaliza la inscripción en la institución y luego la reglamentación determinará. Y ya se advirtió por parte de jerarcas del Gobierno y del Ministerio de Salud Pública en particular, que se considera un plazo adecuado para prohibir el pasaje de una institución a otra el término de, por lo menos, tres años. Por lo tanto, es un corralito. Lamento decirlo, pero esto es lo que figura a texto expreso y lo que fue informado y ampliado por el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR BRENTA.- No voy a hacer lo que creo que no corresponde, que es polemizar.

Quiero dejar constancia de que, quizás, cometimos una infidencia, porque es cierto que esto queda para que lo determine la reglamentación, pero esto es lo que se establecerá.

Con respecto al tema de los tiques y las órdenes, creo que los hechos lo dirán.

(Ocupa la Presidencia el señor Representante Brenta)

SEÑOR GARCÍA.- Voy a pasar a formular las preguntas.

Está presente una Asociación de Usuarios que tiene catorce años de trayectoria. Recuerdo que trabajaba con el doctor Williman y estábamos en el Decanato de la Facultad de Ciencias Sociales cuando llegó de la mutualista el arquitecto Juan Pablo Terra lo recuerdo como si fuera hoy; tenía en la mano un gran hematoma, una gran equimosis. Le pregunté: "Dígame, arquitecto, ¿qué le pasó?". Y me dijo: "Vengo del tratamiento". Así que fui testigo presencial de la consecuencia inmediata; eso desencadenó en su fallecimiento a los diez días. A partir de allí comenzó el trabajo de ADUSS.

La delegación decía que no fueron consultados, ni invitados por el Consejo Consultivo de la Salud. Sin embargo, por lo que sé, desde hace muchos años ADUSS tiene una oficina en la sede del Ministerio de Salud Pública. Quiero saber si sigue manteniendo esa presencia de trabajo en el edificio del Ministerio de Salud Pública.

SEÑORA BARREDA.- Cuando iniciamos ADUSS, comenzamos a pensar qué podíamos hacer para producir cambios, porque muchas veces respondemos solo cuando nos pasa algo muy de cerca; cuando nos lo cuentan, resulta muy lejano. A nosotros nos tocó muy de cerca la muerte de Juan Pablo. Soy demócrata cristiana; ahora desmarcada, pero a Juan Pablo lo admiraba y estaba muy cerca de él en su pensamiento. Falleció en setiembre de 1991.

Cuando asumió como Ministro de Salud Pública el doctor Solari, me llamó para ofrecerme una oficina en el Ministerio. Le dije: "No, doctor. Nosotros somos una ONG". Pero él me dijo: "Lo que nosotros te vamos a ofrecer es un apoyo logístico. Tú te manejas con toda libertad, como debe ser para una ONG". La verdad es que, como dijo un psiquiatra en una reunión de médicos, metió al zorro dentro del gallinero. Aprendí a moverme por todos lados. Ahí estuvimos ocho años, abriendo puertas; nunca encontramos una puerta abierta. Nunca pedimos una entrevista a un Ministro, y pasaron ocho; iba a la Secretaría y preguntaba si el Ministro estaba ocupado. Las cosas de salud que llegan no tienen horario de oficina. Es más: mi celular figura en las cámaras de televisión y en todos lados, las veinticuatro horas, porque los problemas de salud no tienen horario de oficina.

Estuvimos ahí ocho años y, después, nos dieron una casa por la calle Eduardo Acevedo, donde estaban los médicos de familia, que fue vaciada. No entendía muy bien el hecho de estar fuera de la sede del Ministerio, porque adentro teníamos todo el respaldo y las cosas se podían solucionar de inmediato. Hicimos un comodato, pero al día de hoy las cosas han cambiado.

Cuando asumió esta Administración, se nos sacó la línea telefónica 08004444 y, a los seis meses, la incorporó a sus líneas el Ministerio de Salud Pública, mientras que a nosotros se nos dio la línea telefónica 105 y se nos pregunta qué es. Se hizo esto sin informar absolutamente nada al respecto. Además, nos sacaron dos becarias que eran un gran apoyo.

En principio, consideraron que deberíamos estar en el Consejo Consultivo, pero después cambiaron de opinión y nombraron a dos personas que provenían de los Centros Comunales.

Sucedió un hecho más grave aún: mandaron decir a todas las instituciones que no nos dieran ninguna información. El relacionamiento con las instituciones había sido impecable. Solo dos instituciones respondieron a ese pedido: una es la Asociación Española, en la que me han declarado persona no grata, y otra es el Hospital Evangélico, porque una vez defendimos un caso que ganamos. Y después, se perdió el comodato.

En este momento, seguimos siempre nuestro camino, trabajando con los expedientes, tal como lo hacíamos, ingresando las denuncias, pero se nos pusieron muchos escollos. Inclusive, tuvimos que presentar certificados notariales, que están en la carpeta que entregamos, y todos los días había cambios en los procedimientos.

Se formó una oficina de usuarios a la que asesoramos, porque todo se nos consulta. Lo hacemos con mucho gusto, porque nuestro ideal es crecer realmente en conciencia y en trabajo. Seguimos adelante. Ha habido algunos padrinos a quienes no hemos pedido ayuda, porque esto no lo iniciamos como política; se sabía quién era yo y por qué lo iniciábamos. Y tampoco ahora pedimos ayuda. Seguimos adelante. Eso sí: vamos a pelear mucho para que ADUSS esté en el FONASA. Ya me llamó el doctor Aguilar, con quien todavía no nos hemos podido encontrar porque mi hijo está enfermo.

SEÑOR GARCÍA.- En la medida en que en el proyecto se establece la integración de un delegado de los usuarios para la Junta Nacional de Salud y que hemos recibido a otra delegación de un movimiento de usuarios cuyo nombre no recuerdo exactamente, quisiera saber si han tenido algún contacto o si tienen idea de cómo se va a elegir a ese representante de los usuarios.

SEÑORA BARREDA.- En absoluto.

Nosotros creemos que tenemos credenciales; de eso estamos seguros y vamos a dar la gran discusión que haya que dar.

SEÑOR POSADA.- Simplemente, quiero hacer un comentario de carácter general.

Nosotros hemos señalado en el seno de esta Comisión que esta llamada reforma de la salud lo que hace es consolidar un "statu quo". Al margen de ello, también se consolida la indefensión de los pacientes frente a un poder que se ejerce por parte del Ministerio de Salud Pública, muchas veces no en defensa de los usuarios del sistema sino de las instituciones.

Creo que son prueba patente de ello los medicamentos a los que acceden los pacientes que sufren cáncer. También ocurre algo similar con los afectados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, ya que a través de licitación se han comprado medicamentos que no están suficientemente probados; ello fue denunciado y dio lugar a una acción de amparo por los afectados por esa enfermedad.

En este proyecto se consolida esa indefensión del ciudadano.

Ahora, teóricamente, el Ministerio de Salud Pública deberá asumir el rol rector en materia de salud y tendrá como órgano desconcentrado una Junta Nacional de Salud que va a administrar los dineros que vamos a aportar todos los ciudadanos de este país; algunos van a realizar aportes personales y otros por la vía de Rentas Generales pero, en definitiva, la sociedad toda va a pagar este sistema. Y lo que uno siente es que cada vez queda más indefensa frente a ese poder. Porque en lugar de tratar de que los usuarios tengan acceso a un mejor nivel de salud, se está preocupado por la situación del mutualismo, particularmente el de Montevideo, que es el que aparece en los papeles como un mutualismo absolutamente desfinanciado y con riesgos indudables en cuanto a su viabilidad económico financiera

Lamentablemente, creo que van a tener que redoblar la constante lucha que han tenido certificada, justamente, por un trabajo de muchos años porque este proyecto a estudio del Parlamento no da ninguna garantía en lo que refiere a la calidad de la atención a los pacientes. Eso sigue tal como está o, en todo caso, va a empeorar.

SEÑOR GARCÍA.- Para ilustrarme, quisiera saber si existe alguna organización internacional que audite la capacidad y las buenas prácticas de las organizaciones de defensa de usuarios a nivel nacional. A nivel nacional desconozco que haya alguna, pero si hay, me dicen. Si es así, ¿ustedes están vinculados a ella? Quizás a nivel internacional pueda haber más experiencia. ¿Hay alguna organización que legitime que las cosas que ustedes hacen están dentro de los parámetros que se aceptan para organizaciones u ONG vinculadas a la defensa de los usuarios de servicios de salud?

SEÑORA BARREDA.- Nosotros empezamos con esta idea loca de la cual no estoy arrepentida. Tengo un sobrino misionero que cada vez que viene de vacaciones en febrero me encuentra en una locura mayor. Según sus palabras la locura es "meterse con la mafia blanca".

(Diálogos)

—— Cuando empezamos, yo tenía dos cargos a nivel internacional en la Internacional Demócrata Cristiana y andaba por el mundo buscando algo así, pero no lo encontré. En todos los congresos que hemos realizado y a los que nos han invitado como experiencia original hemos visto que no hay nada similar.

En Estados Unidos el que paga es el seguro y es el que defiende a los usuarios. En otros lugares hay organizaciones, pero a nivel de consumidores.

Nuestra experiencia es original y uruguaya, y no existe nada similar. Inclusive, en Uruguay siempre nos preguntamos por qué no hacer otra cosa. Hubo algún intento y hay una organización que se mete en todo, pero es más bien de abogados. Inclusive, se nos robó una computadora con todos los datos del nuevo local a los veinte días de inaugurarlo. Era tanta la actividad que no pedí servicio 222, pero sé que fueron los abogados de esa institución.

Sentimos exactamente lo que dice el señor Diputado Posada. Creemos que lo más grave es que el 1º de enero esto se ponga en marcha. ¿Por qué? Porque para el tema de los impuestos pueden tomarse su tiempo, pero en el tema de la salud hay logros muy grandes que no pueden tener un retroceso. Vamos a volver a empezar con cosas que son tremendamente fuertes.

El trabajo de ADUSS lo pueden encontrar en todo el país. Me llaman los nuevos Directores de hospitales que nombró esta Administración para preguntarme; "'Bimba': ¿qué hago? No tengo las cosas más mínimas. ¿Qué hago?". Yo les contesto: "Doctor, si a usted no le alcanzó la plata para comprar y tiene que tener ciertas cosas, simplemente, tiene que mandar un fax a los Hospitales Generales de Agudos del Interior para que le autoricen la compra". El otro día me llamaron porque no tenían insulina. ¡A los pacientes crónicos no les puede faltar eso!

¡Se imaginan los años de trabajo que tenemos! No vamos al interior a dar manija a los usuarios para que estén en contra de las instituciones. No, trabajamos junto con los hospitales para que todo sea realmente hecho con un sentido de progreso.

Represento a la comunidad en el Comité de Ética del Hospital de Clínicas, en el Comité de Ética del Hospital Pereira Rossell, en el Comité de Ética de la Universidad de Montevideo y en el Comité de Ética de FEMI, donde podemos hacer muchas cosas. El primer Comité que me invitó fue el del Hospital de Clínicas y me contó el doctor Ruggia que funcionaban desde 1996 y que sabían que tenían que integrar a una persona de la comunidad. Y dijeron: "Nosotros somos Grado 5. ¿Qué va a saber alguien de la comunidad?". Entonces, cuando ya no podían lograr el aval a nivel internacional buscaron a una persona y no sé cómo me encontraron o quién fue que me propuso. Entonces, con todos los papeles se hizo el aval internacional. Realmente, pensaba qué iba a poder hacer yo frente a las pequeñas y grandes cosas que llegan ahí para hacer investigaciones. Pero, bueno, todos estos son trabajos que hemos ido llevando adelante con mucho cariño y entusiasmo.

Yo tenía una empresa en la que me iba muy bien; eduqué sola a mis tres hijos y pudieron hacer una carrera. En determinado momento, me di cuenta de que hacía cuarenta cosas; inclusive, integré el movimiento de mujeres y la bancada femenina, pero esto no lo podía hacer; tenía que dedicarme de alma y así fue. Me jubilé como microempresaria; trabajo como honoraria; valió la pena.

SEÑOR TAJAM.- Se ha manejado la idea de que parecería que los usuarios están más indefensos en este sistema.

El artículo 25 da la oportunidad a los usuarios de tener un miembro representante en la Junta Nacional de Salud que, como ustedes saben bien, tiene importantísimos objetivos y responsabilidades que cumplir.

|El artículo 12 expresa que para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo, es decir, obligatorio, que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. Es decir que los usuarios, preceptivamente, van a tener que ser consultados en cada una de las entidades públicas y privadas del sistema. Entonces, con estos niveles de decisión, niveles consultivos a nivel micro de las entidades, hay que tener en cuenta que los usuarios tienen muy buenas herramientas para tener una mejor participación y una mejor defensa.

SEÑORA CAMBEIRO.- Quería subrayar dos cosas.

En primer lugar, en nuestra Asociación siempre se buscó la mediación, es decir, tratar de forma positiva todos los problemas que nos traían, que por lo general eran por falta de entendimiento. Esto sigue pasando porque muchas soluciones se dan hasta por teléfono. Acá no se trata de buscar nanas, sino de trabajar en pro, constantemente. Aquí no existen las demandas; no se envían abogados, no hay juicios de por medio.

En segundo término, teniendo en cuenta la cantidad de años y de experiencia que tenemos en ADUSS, ¿cómo no nos consultaron para elaborar este proyecto? Nos preguntamos por qué las otras personas que están asistiendo para ser consultadas no trabajan con nosotros, porque hasta ahora como hablábamos con "Bimba" ADUSS era única en el mundo. De otro país vinieron a preguntar a "Bimba" cómo trabajábamos. No solo podemos demostrarlo con los documentos que ustedes ya vieron sino con todas las historias de los pacientes que han venido; tenemos un archivo de historias. Entonces, no entendemos por qué no hemos sido consultados, ya que en estos catorce años nunca dejamos de trabajar. Nunca nadie ha dicho que ADUSS esté haciendo algo mal; al contrario, hay temas específicos como, por ejemplo, las lentillas, en el que ADUSS ha logrado un importante paso. Una cantidad de médicos nos han agradecido por el hecho de inculcarle al paciente una actitud positiva y aclararle las cosas que a veces en las mutualistas o en los hospitales se dan por hecho, ya que hay falta de comunicación y de entendimiento entre una parte y otra.

ADUSS trabaja solo por lo positivo; no estamos buscando la quinta pata al gato. Reitero: me pregunto por qué no fuimos consultados teniendo en cuenta nuestros años de experiencia, no solo verbal sino escrita, porque tenemos archivos respecto de lo que se ha trabajado.

SEÑOR GARCÍA.- Es notorio que la Asociación ha hecho un trabajo de mucho tiempo y ha calado profundo.

Esperamos que cuando la bancada de Gobierno sancione este proyecto de ley porque se sabe que se va a sancionar la representación de los usuarios no se transforme en un instrumento de representación política partidaria indirecta por parte de éste, que es lo que tememos que pueda suceder. Aunque nosotros no vamos a votar este proyecto, esperamos que se respete la trayectoria, el trabajo y, si es honesta no tenemos por qué dudar que lo es, la representación verdadera de los usuarios. Quienes estamos en el sistema de salud todos lo estamos ya que todos somos pacientes y a veces algunos estamos del otro lado del mostrador prestando asistencia como médicos sabemos de la trayectoria de esta organización. Esperamos que cuando el Gobierno decida esta delegatura no se transforme en una delegatura partidaria vestida de organización de usuarios, sino que sea para la participación en la defensa de quienes se asisten en los servicios de salud y sus derechos.

Cuando se pregunta en Uruguay por ADUSS se sabe de qué se trata y cuál es su trayectoria. Ese reconocimiento se logra después de muchos años de trabajo y de militancia por los derechos de los usuarios.

SEÑORA BARREDA.- Agradezco que nos hayan invitado.

Cuando se dice "defensa de los usuarios", a esta altura no lo sentimos así. Nosotros trabajamos por la calidad y por la defensa de todos los ciudadanos, inclusive, por la de los médicos. Yo siempre pido que los médicos trabajen a conciencia, que nosotros trabajamos por la confianza. Nuestra gran preocupación es que no hay confianza en el sistema, y me parece que va a haber mucho menos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos su presencia en esta Comisión y sus aportes.

(Ingresa a Sala una delegación de la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay)

—— Es un gusto recibir a los representantes de la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay, delegación integrada por el señor Waldemar González, Vicepresidente; la doctora Miryam Cirisola, Secretaria de la Comisión de Salud; las señoras Gladys Orsero y Susana Nuez, y los señores Diego Capela y Carlos Colotuzzo.

Les cedemos la palabra.

SEÑOR GONZÁLEZ.- Nuestra misión en el día de hoy es transmitir la decisión político-institucional de la ONAJPU y de su Congreso sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud, y después detallar los problemas que vamos a plantear.

El Congreso de la ONAJPU está integrado por Asociaciones de todo el país y resolvió, por unanimidad, estar de acuerdo con el Sistema Nacional Integrado de Salud pues coincidimos y estamos de acuerdo con el proyecto. Sin embargo, nos preocupa es lo que queremos transmitir como idea central que en esta propuesta quedarían por fuera, para ingresar a largo plazo, más de 400.000 jubilados y pensionistas. Estamos tan de acuerdo que todos quisiéramos estar dentro lo antes posible. Hay una franja muy amplia de jubilados y pensionistas que, si bien no están en el nivel de muy bajos recursos, viven con grandes dificultades y quedarán por fuera de este Sistema durante mucho tiempo, y esto es lo que nos preocupa.

SEÑORA CIRISOLA.- Soy la Secretaria de la Comisión de Salud de ONAJPU. Los fundamentos de esta solicitud se basan en resoluciones del 13er. Congreso Nacional de ONAJPU, realizado del 10 al 12 de octubre en Raigón, departamento de San José. Por unanimidad se resolvió apoyar al Sistema Nacional Integrado de Salud, solicitando y reafirmando como única prioridad el ingreso en el año 2008 de los 428.000 jubilados y pensionistas que quedarán fuera de este Sistema, porque no existen fechas para su inclusión.

Esto no solo es de este Congreso, sino que el apoyo al Sistema Nacional Integrado de Salud lo venimos reivindicando y afirmando desde hace más de dos Congresos.

Hasta ahora en el Sistema Nacional Integrado de Salud están incluidos los jubilados y pensionistas que perciban menos de $ 4.260, debido al convenio suscrito en agosto de 2007 con las instituciones de asistencia médica colectiva y ASSE. Debemos recalcar que por primera vez este convenio se concreta en forma pública, al que asistimos como integrantes de la Comisión de Salud de ONAJPU.

A través de ese convenio obtuvimos importantes beneficios para los jubilados y, si bien en algún momento en la Comisión de Salud y en el Congreso los consideramos insuficientes, fue un avance ante los convenios suscritos anteriormente por el Banco de Previsión Social.

En ONAJPU también sabemos que existe la intención de una pronta inclusión de los jubilados no dependientes al Sistema; concretamente, en enero de 2008.

Por estas dos condicionantes en el Congreso se resolvió, por unanimidad, la inclusión de los 428.000 jubilados y pensionistas que quedamos fuera del sistema.

Además, al estudiar la salud y el completo estado de salud del adulto mayor en nuestra Comisión de Salud reconocemos, en primer lugar, una realidad de nuestro país: el ser uno de los más envejecidos de América Latina, con una población de adulto mayor del 17%.

En segundo término, reconocemos las pluripatologías que tenemos los adultos mayores, por lo que es tan importante contar lo más pronto posible con la inclusión al Sistema Nacional Integrado de Salud.

En tercer lugar, la presencia de geriatra y gerontólogo como médicos de los adultos mayores, deberá ser prevista en la instrumentación del Sistema para así poder cumplir con otra de las resoluciones del Congreso y, al mismo tiempo, tener en cuenta el estado de salud que los adultos mayores en un país envejecido deben tener.

Finalmente, se debería tener en cuenta los requerimientos y resoluciones de varios Congresos con respecto a un tema muy sensible para los ancianos y adultos mayores de nuestro país: los copagos para nuestras patologías prevalentes crónicas respecto a los costos diferenciales o su eliminación.

Por estos motivos, en ONAJPU solicitamos esta reunión con los señores Diputados.

SEÑOR CAPELA.- Con toda franqueza digo que hace muchos años que venimos esperando que algo cambie, y eso se está produciendo ahora. Para nosotros, teniendo en cuenta nuestro estado de salud, esto es muy importante. Digo esto no solo lo sentimos y apreciamos nosotros sino también la gran

cantidad de gente mayor porque el sistema de salud está muy deteriorado y hay una gran falta de credibilidad. Otros sectores de la vida del país pueden tener una forma corporativa para luchar pero nosotros, los jubilados, lamentablemente el único paro que podemos hacer es el cardíaco o el cerebral. Lo que hacemos quienes tenemos la mente un poco más clara es seguir reivindicando la necesidad imperiosa de que de una vez por todas entendamos la importancia que tiene este sistema, ya que para nosotros el costo más importante es el de la vida humana. Lamentablemente, hay sectores de la población que, obviamente, respetamos que no están de acuerdo, consideran otros factores o defienden otros intereses. Nosotros luchamos por defender al más desprotegido, sobre todo al anciano, aunque también hay que tener en cuenta a los niños.

Esta lucha la llevamos adelante en contacto permanente con los jubilados en el barrio, quienes permanentemente se quejan por la sociedad médica y nos plantean injusticias. Este es un tema que duele. Lamentablemente, a veces se percibe un poco de insensibilidad en determinados sectores políticos, aunque está muy latente en la sociedad.

Los demás compañeros de la delegación se han referido a su área, la doctora ha hablado con sus conocimientos técnicos, pero yo, con la experiencia de tantos años de vida puedo referirme a la situación a la que nos vemos enfrentados, no con otro actor político, sino con nuestras propias enfermedades. Nosotros no somos viejos; simplemente somos jóvenes con mucha experiencia acumulada.

SEÑORA NUEZ.- Nuestra franja etaria no tiene posibilidades de esperar, y el problema de la salud se da básicamente en la que representamos. Si bien en la niñez, la juventud o la edad activa se pueden padecer enfermedades, esto sucede de una forma colateral, porque no necesariamente tienen que producirse. Si es así esto puede deberse a diversas circunstancias como epidemias o accidentes. Sin embargo, en la franja de los jubilados, debido al deterioro que se va dando producto de la edad, el problema de la salud es el principal. Entonces, como no podemos esperar, apelamos a ustedes.

SEÑOR GONZÁLEZ ÁLVAREZ.- Indudablemente, es importante el aporte que realiza la delegación. Yo creo que ustedes tienen que estar incorporados a este sistema. No sé si traen redactado algún artículo para que nosotros podamos incluirlo, ya que en el proyecto que fue votado por el Senado no están incorporados, y no existe la intención de hacerlo antes de 2013; después no sabemos lo que va a pasar. Aquí se mencionaron algunas cifras relativas al costo que tendría incluir a los jubilados, pero la señora Ministra de Salud Pública y el Ministerio de Economía y Finanzas no tienen en su horizonte cercano incorporarlos a este proyecto. Nosotros creemos que podríamos intentarlo si nos dejaran algún texto a fin de proponerlo, teniendo en cuenta que el proyecto se votará mañana en Comisión y el miércoles en el plenario.

También podríamos referirnos al caso de los jubilados que eran trabajadores no dependientes. Hace muchos años que estoy tratando de que las personas que se jubilaron como patrones también tengan derecho a la cuota mutual. Si bien en el proyecto se va a incorporar este beneficio, se hace con algunas limitaciones que nosotros no compartimos y no sé si ustedes las comparten. Acá se dice que estos jubilados se incorporarán siempre y cuando sus ingresos sean menores a $ 4.200 y no tengan algún familiar que gane más y haga que el promedio sea superior a ese monto. Es decir que no se incorpora a todos los patrones jubilados, ya que no pueden superar las dos bases de prestaciones. Nosotros creemos que es injusto que se esté poniendo esta limitación y me gustaría saber qué piensan ustedes.

Después tenemos el caso de las personas que trabajan actualmente, que cuando se jubilen sí entrarán en el sistema. Por lo tanto, los que quedarían fuera de este sistema serían, aproximadamente, los setecientos mil jubilados y pensionistas que, como dije, no hay posibilidades de que ingresen, porque nos hemos dado cuenta de que no hay voluntad para ello. Pero ante el pedido concreto que ustedes realizan en el día de hoy, si nos hacen llegar un texto, mañana, cuando la Comisión comience a votar los artículos, el Partido Nacional podría proponer su inclusión para saber si el Gobierno estaría dispuesto a aprobar un artículo que incorpore a los jubilados a partir de este año o el que viene.

Yo veo que ustedes están a favor de este proyecto porque los artículos 1º y 2º son muy lindos, pero están afuera. Pienso que están a favor porque creen que algún día pueden incorporarse, pero nosotros consideramos

que el "algún día" lo tendríamos que incluir en el proyecto para considerarlo y ponerlo a votación. Esa es la colaboración que queríamos brindar.

Reitero que no compartimos que los patrones jubilados tengan esa limitación y que se deba investigar a su familia hijos, hermanos, etcétera para saber cuánto ganan, como así tampoco que los jubilados, que son setecientos u ochocientos mil, queden afuera de por vida.

SEÑOR VEGA LLANES.- En realidad, cuando se habla de los jubilados no dependientes, se hace referencia al núcleo familiar y no, por ejemplo, a un pariente que viva en Canadá y tenga dinero.

(Interrupción del señor Representante González Álvarez)

—— No, pero conviene aclararlo; se habla del núcleo familiar. Si alguien del núcleo familiar tiene un ingreso que supere ese promedio, las cosas cambian. No se trata de un pariente cualquiera sino de alguien que convive con ese jubilado.

En todos lados hay limitaciones; a lo mejor habrá que estirarlas un poco más, pero estos jubilados tienen las mismas condiciones que los jubilados dependientes.

(Interrupción del señor Representante González Álvarez)

—— Bueno, parecidas. Después me lo explica.

SEÑOR GONZÁLEZ ÁLVAREZ.- Cuando tratamos ese tema en Comisión con la presencia del economista Olesker, en determinado momento dijo: "Ahora, igualamos". Pero nosotros le hicimos ver que no se igualaba, y lo reconoció. Entonces, establecemos dos categorías. Están los jubilados no dependientes, que son los que se van a incorporar ahora, siempre y cuando no tengan en su núcleo familiar a alguien que gane más y haga que se supere el monto establecido de $ 4.200. Por ejemplo, si esta persona vive con alguien que gana $ 6.000, queda afuera, porque estas cifras sumadas superan los $ 10.000. También están los jubilados dependientes, que hoy tienen derecho a la cuota mutual, que no tienen ninguna limitación. Estas personas pueden convivir con alguien que gane $ 50.000 y de todos modos tendrán derecho a la cuota mutual. Por lo tanto, estamos haciendo una discriminación entre dos jubilados que tienen ingresos menores a $ 4.200. Eso quedó claro. El economista Olesker creía, al igual que el señor Diputado Vega Llanes, que quedaban iguales, pero después reconoció que no era así.

SEÑOR VEGA LLANES.- Quisiera hacer alguna consideración sobre eso, pero como no es el tema que estamos considerando no la voy a hacer. Quizás en algún momento podamos conversar banca a banca.

Sin embargo, quiero aclarar que hay una confusión que es culpa nuestra entre Sistema y Seguro, y la falta de claridad es una de las críticas que hemos hecho a este proyecto. El sistema es todo y es el que regula la forma de asistencia; el seguro es el dinero. No va a haber nadie en este país que quede fuera del sistema; lo que puede ser es que no tenga la posibilidad de optar por una mutualista de salud, pero fuera del sistema no va a estar.

(Interrupción del señor Representante Trobo)

—— Más allá de lo que se pueda plantear, quiero dejar claro que no se trata de que el Sistema esté integrado solo por el sector mutual; se trata de que el Sistema esté integrado por el sector público y el sector mutual.

Yo puedo entender que una organización venga a plantear la necesidad de mejoría o la inclusión de algunos aspectos de la asistencia en el decreto reglamentario por el cual se van a definir cuáles son las prestaciones básicas que deben dar todos los centros de asistencia, y espero que les sea de utilidad.

O sea que en el sistema vamos a estar todos; en el seguro van a estar los que aporten de alguna manera. El problema es que dejarlo gobernado por una Junta única es lo que nos ha parecido que confunde las cosas. En realidad, la Junta debería gobernar el Sistema y debería haber un organismo que seguramente debería ser el BPS que maneje el seguro, que son dos cosas que no tienen por qué tener mayores puntos de contacto,

porque el Sistema es bien distinto del seguro. En los países donde funciona esto hay un seguro, que es el que paga, y un sistema, que es el que atiende; no son opuestos pero sí están separados.

Yo creo que sí se puede plantear que a nivel de los decretos reglamentarios se incluyan esas cosas que la doctora planteaba, que me parecen correctas, como por ejemplo, que se brinde determinado nivel de asistencia a quienes están hoy en situación de jubilados; es decir, que estén integrados al decreto reglamentario más que entrar al Sistema, que les significaría que les descontaran y que eventualmente pudieran optar por la salud privada o pública. En esta situación, lo único que les va a pasar a los jubilados que no integren el Sistema por una vía u otra es que no van a poder optar; se van a tener que mantener en el sistema mutual pagando o en el sistema público.

SEÑOR TROBO.- Hasta el día de hoy habíamos escuchado que este Sistema va a proveer de servicios de salud iguales a toda la población, pague o no impuestos, y que el Seguro Nacional de Salud se va a financiar con aportes, que son tributos que pagan, según su ingreso, los individuos que están incluidos. Hoy me vengo a enterar de que va a haber una salud de una calidad en el sector privado y una salud de otra calidad en el sector público.

(Interrupción del señor Representante Vega Llanes)

—— Está claro que es así después de lo que se ha señalado. Si los señores están pidiendo que los ingresen al Sistema, lo que quieren es poder optar entre ir a una mutualista o a Salud Pública. Pero ellos no van a tener derecho a optar por eso; a ellos los van a mandar a Salud Pública, y la Salud Pública no paga.

(Diálogos)

—— Lo que estoy diciendo es que todas las personas que no están incluidas en el seguro de salud tendrán que pagar de su bolsillo la cuota mutual y si no, no van a tener atención, porque en Salud Pública se pueden atender siempre y cuando tengan un ingreso menor de tanto.

(Diálogos)

—— Muy bien, entonces van a ir a Salud Pública. ¿A qué Salud Pública van a ir? ¿A la mutualista y van a pagar los tiques?

(Interrupciones)

—— ¿Cómo no? Si el proyecto dice que se podrán establecer tiques en Salud Pública así como en el sector privado, y precisamente quería preguntar a los visitantes si ellos están de acuerdo con eso.

SEÑOR GONZÁLEZ.- Voy a decir algunas cosas puntuales y después cederé la palabra a la doctora Cirisola, que específicamente va a atender el tema salud.

En principio, nosotros estamos de acuerdo con el Sistema y con el seguro, no porque a algunos jubilados les convenga o porque nos vaya a servir; estamos de acuerdo por razones conceptuales, aun sabiendo que a algunos jubilados les va a costar muy caro. No nos preocupa que a algún sector de jubilados que tiene jubilaciones muy privilegiadas les cueste muy caro; eso no nos quita el sueño.

Por otra parte, es cierto que nosotros estamos acá, cuando se discute el Sistema, hablando de entrar al seguro. Yo estoy de acuerdo con eso, pero si apoyamos el Sistema y nos quedamos afuera nos sentimos mal. Entonces, lo que queremos, al revés que otros sectores de la población, es que nos descuenten, queremos aportar al seguro, estar dentro. Nos parecía que esta discusión era la oportunidad de plantearlo; es decir, que los jubilados que hoy quedarían para ingresar en el futuro que son más o menos 400.000 estemos incluidos lo más rápido posible. Obviamente, no queremos que sea gratis; nos van a tener que descontar como a todos los demás, y estamos de acuerdo con eso.

Con respecto a los tiques, a nosotros nunca nos gustaron los tiques en ningún lado; nos parece un sistema perverso que se pague por estar enfermo. Pero si el sistema se está financiando así, hasta que no se pueda financiar de otra manera habrá que pagar tiques donde sea; no tenemos otra alternativa. Sería fantástico tener

un sistema solidario en que el enfermo no pagara tiques; mientras no lo podamos resolver, es obvio que es bastante injusto que unos paguen tiques y otros no, ganando más o menos lo mismo.

En cuanto a qué elegir, nosotros pedimos estar en el Sistema; cada jubilado irá a una mutualista o a Salud Pública, según le parezca. Yo conozco a muchos compañeros de la Organización que están dispuestos a seguir en Salud Pública, porque se atienden hoy y se sienten bastante más protegidos que en otros sistemas. Entonces, en esto la alegría va por barrios: hay gente que está muy contenta en un lado y gente que no daría el salto para cambiar a otro. Nosotros no estamos planteando que queremos ingresar a los efectos de poder pegar el salto y anotarnos todos en una mutualista, ni mucho menos. Va a ser muy variable el resultado, sobre todo estoy pensando en muchos compañeros del interior que se atienden muy bien en Salud Pública y están muy contentos; entonces, no creo que se vayan a plantear un cambio en este momento.

SEÑORA CIRISOLA.- Aparte de lo que dijo el compañero con lo que coincido completamente, nosotros estamos de acuerdo con este Sistema porque lo hemos estudiado pormenorizadamente en la Comisión de Salud, no ahora, no el año pasado sino hace varios años, desde que apareció la idea de este cambio y de esta reforma en salud.

Nosotros queremos esta reforma en salud pero no porque globalmente aparezca como linda o porque sí. No; por lo equitativa que es salud para todos y para todos por igual, por lo solidaria y por lo justa, porque vamos a tener salud incluso en las capas más desprotegidas.

El seguro no es lo mismo que el Sistema; es verdad, son dos cosas distintas. El Sistema tiene tres pilares: el cambio de atención, el cambio de gestión y el cambio de financiamiento. El cambio de financiamiento es el seguro. Nosotros, como decía el compañero, queremos ser incluidos en el seguro y en el sistema, las dos cosas simultáneamente. Apoyamos el Sistema porque consideramos que adentro vamos a tener una mejor calidad de vida que la que estamos teniendo afuera. Evidentemente, nosotros apoyamos la libre elección que ya tienen los que ganan menos de $ 4.260, y nosotros también la vamos a tener. Así que por eso es que avalamos y apoyamos este Sistema; no porque sí, sino por el estudio que hemos hecho al respecto.

SEÑOR GARCÍA.- Es preocupante que desde la bancada oficialista a esta altura, diez horas antes de que se empiece a votar, digan que el proyecto es muy confuso. Se empezará a votar el día de mañana a la hora 10 y el Diputado Vega Llanes acaba de decir que era culpa de ellos la confusión existente. Insisto, es complicado y preocupante que la bancada oficialista asuma que tiene confusiones con respecto a un proyecto que por sus consecuencias tiene una relevancia muy significativa, y lo señale diez o doce horas antes de que se empiece a votar. Además, esta mañana se anunció que se va a votar a tapas cerradas. Con seguridad, el señor Diputado dirá que no fue eso lo que quiso decir, pero sus expresiones figuran en la versión taquigráfica. Él dijo: "es muy confuso y quizás por culpa nuestra". Cuando dice "nuestra" puede significar propia o colectiva; en todo caso, no del Partido Nacional, sino de la bancada oficialista. Digo esto como anotación al margen.

Con respecto a los jubilados más humildes, que tienen ingresos por debajo de dos bases de prestaciones contributivas y media, equivalentes a $ 4.200, no hay libertad de elección; la hay desde el punto de vista teórico pero no práctico, porque de hecho de los ciento treinta mil, cincuenta mil hicieron la opción mutual y ochenta mil no. Seguramente algunos no lo hicieron porque están conformes con la atención de Salud Pública, pero puedo asegurar que la enorme mayoría no lo hizo porque no pueden pagar los tiques de las mutualistas. Habrá excepciones en las que la gente dice: "me siento bien atendido en los hospitales". Pero la enorme mayoría, si no la unanimidad, reitero, no optó porque no puede pagar los tiques. Entonces, no hay libertad de elección. Hablamos de libertad de elección cuando en la realidad tenemos poder de elegir, pero si para elegir debemos pagar, no hay libertad de elección. Es más: hace dos meses el Gobierno trató de tentar no utilizo el verbo en forma peyorativa, sino en el sentido de estimular a los ochenta mil jubilados que no eligieron mutualista para que hicieran la opción. Para ello se realizaron convenios con las instituciones de asistencia por intermedio de los cuales se buscaba que, por ejemplo, tuvieran dos tiques a medio precio, o dos medio tiques, y alguna prestación más. No lo recuerdo con exactitud. El resultado es que a dos meses y medio de vigencia de esa disposición no llegan a dos mil los jubilados que optaron por el sistema mutual, lo cual es menos del 3% del público objetivo, y estas cifras son al día de hoy. Reitero: no llegan a dos mil los jubilados que han optado por las mutualistas, aun cuando se los quiso estimular a través de ese convenio. Esto se debió a una razón muy sencilla que ustedes saben mejor que nadie. Si cualquier persona va a la

mutualista y después de pasar por el médico tiene que pagar dos o tres recetas de medicamentos, por ejemplo, para la presión, para la diabetes, y además hacerse alguna placa o ecografía, deja la jubilación en la ventanilla de la mutualista. Entonces, ¿para qué le sirven dos medio tiques? Continúan en Salud Pública y la enorme mayoría no lo hace porque esté contentísima con la atención, sino porque no tiene otra opción. Esta es la realidad. Yo no integro asociaciones de jubilados, pero milito políticamente y estoy en contacto con jubilados todos los días en todas partes de Montevideo, y ellos me informan. Mi padre es jubilado y tiene mutualista porque su familia se la puede sostener.

Quería destacar que no hay libertad de opción y que esa es la realidad de los tiques. No estoy para debatir con las delegaciones que nos visitan, sino para escuchar sus opiniones, preguntar, etcétera, ya que discutimos entre nosotros.

Esta es mi visión de la realidad y tengo una opinión de la lectura del mismo proyecto que no coincide en las consecuencias benéficas que nuestros visitantes han señalado, pero ello no es harina de este costal. Eso lo decidimos los Diputados que tenemos la responsabilidad para hacerlo.

Agradezco la presencia de la delegación.

SEÑOR ASTI.- Son muy interesantes todos los intercambios que se han realizado en la Comisión, más allá de los intentos reiterados de algunos de sus integrantes de crear prácticamente una psicosis con respecto al cobro de los tiques en Salud Pública. Ahora el proyecto señala que puede haber tiques, órdenes o copagos como se dice técnicamente que regulen la prestación de los servicios, no que sean un gasto adicional, sino que tengan un efecto moderador. Inclusive, en el proyecto por primera vez se establece luego de haberse liberado absolutamente el cobro de los tiques en otros momentos una política de disminución de estos y que no tengan carácter recaudatorio sino moderador. Se ha expresado en Sala y es bueno que se les trasmita a los visitantes por parte de los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas cuál es la intención de incluir en la ley lo que ahora solo tenía carácter administrativo, es decir, la regulación de los copagos, buscando sensiblemente su baja y la exclusión de los tiques en el caso de pacientes con patologías crónicas que requieren permanente cobertura, tanto de medicamentos como de análisis. Inclusive, en el caso de algunos estudios técnicos o análisis se dijo expresamente que no se justificaba que existiera un tique moderador porque nadie pide determinado tipo de estudios o análisis en forma reiterada, como sí puede suceder con los medicamentos o las órdenes asistenciales.

Esto que reiteradamente se intenta plantear ante las delegaciones como una práctica de debilidad o apartamiento de los criterios básicos de equidad del sistema, es precisamente una de las bases del sistema. Se trata de proteger a quienes tienen que recurrir con más asiduidad a la asistencia médica.

Por supuesto, reconocemos el interés de los afiliados a ONAJPU en estar incluidos en el Seguro; obviamente lo están en el Sistema. Notamos con interés por no decir otra cosa cómo ahora el sistema político que en este momento no está en el Gobierno apoya lo que excluyó en el momento de la aprobación de la Ley Nº 16.713, referida a seguridad social. Es decir, esa ley excluyó expresamente a los que ganaban más de $ 4.200. Ahora advertimos con mucho interés cómo se manifiestan ante la delegación y proponen incluirlos cuando en realidad al tener otro tipo de responsabilidad en el Gobierno la mencionada ley se aprobó hace diez u once años no sostenían la misma posición. Me alegro de que se hayan sensibilizado ante la presencia de esta delegación. Es interesante observar cómo van variando las posiciones al respecto.

Como es obvio, este sistema integra a todos los habitantes del Uruguay sean o no ciudadanos. Nuestros visitantes en el día de hoy expresaron muy bien que ellos además de integrar el Sistema pretenden integrar el Seguro a través de una forma de contribuciones especiales previstas en el Sistema. De esa manera podrán hacer la opción como muy bien se señaló es una opción entre el sistema mutual o en Salud Pública. Como la propia ley lo establece, las bases, los principios, el modelo de atención, el propio Sistema público va a converger inclusive hay una fecha determinada, que es el 31 de diciembre de 2009 con las prestaciones que está dando al día de hoy, con todas las deficiencias que le reconocemos.

Estas son algunas acotaciones que quería señalar.

Si algún miembro de esta Comisión se siente aludido, quiero decir que las posiciones que hemos establecido son absolutamente generales.

SEÑOR GONZÁLEZ ÁLVAREZ.- Las expresiones no son tan generales porque el señor Diputado Asti se refirió a que yo quiero que quienes se jubilaron como patrones tengan el mismo derecho que los otros. No tiene por qué saberlo, pero en el Período pasado presenté un proyecto de ley en ese sentido para igualar a todos los jubilados que ganaran menos de cierta cifra, que todos tuviesen el mismo derecho. En ese momento yo no era Gobierno, y no salió. Lo volví a presentar en este Período y la Comisión de Seguridad Social no veo aquí a ninguno de sus integrantes lo hizo suyo. En esa iniciativa, todos los jubilados, dependientes o no, que ganaran menos de cierta cifra tenían derecho a la cuota mutual. La Comisión lo hizo suyo repito y lo envió al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social porque los legisladores no tenemos iniciativa en materia jubilatoria.

Entonces, cuando digo que quiero que todos los jubilados si hay que poner un límite de ingresos, que se ponga, para ir subiéndolo con el tiempo tengan el mismo derecho, no es de hoy ni porque esté una delegación presente. Ya en el Período pasado lo intenté y no lo logré. En este todavía no lo he logrado, pero parecería que el señor Ministro de Trabajo y Seguridad Social se enteró de mi proyecto y envía esto, que es un arreglito a medias, no es el espíritu.

Me sentí aludido porque parece que hay cosas que recién se me ocurren ahora. Si el señor Diputado lo desea, le puedo hacer llegar el proyecto original.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la delegación por su presencia y quedamos a las órdenes.

(Se retira de Sala la delegación de la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay)

(Ingresa a Sala una delegación de la Asociación de Laboratorios Nacionales)

—— La Comisión tiene el gusto de recibir a los señores Rúben Donnangelo, Jorge Tomasi, Carlos Scherschener y Álvaro Martínez, de la Asociación de Laboratorios Nacionales, quienes solicitaron ser recibidos para expresarse sobre el proyecto que estamos considerando.

SEÑOR DONNANGELO.- Soy Presidente de la Cámara.

Agradecemos la atención de esta Comisión por habernos recibido. Como industria nacional del medicamento tenemos que informar que se emplea a tres mil personas en forma directa y más de mil personas colaboran en la elaboración del medicamento, entre imprenta, literatura y todo lo que compone el producto final. El 92% de las unidades que se entregaron al mercado en el año 2006 fueron fabricadas por nuestras veinte plantas y solo retiramos el 60% en pesos. Eso significa que, con muy poco porcentaje, los productos monopólicos absorbieron más de la mitad del producto.

La ley de patentes, un problema que ya está presente, va a incrementar esta dificultad, pues ya no podremos competir con productos monopólicos. En las últimas licitaciones la preferencia médica está teniendo un peso mucho mayor que antes. Por ello, se está preadjudicando con criterios esencialmente técnicos, de asociaciones que presentan notas, etcétera. Tradicionalmente, en las licitaciones públicas, si el producto estaba registrado y habilitado por Salud Pública, se adjudicaba.

Todo esto se da en un marco totalmente adverso para la industria nacional; realmente estamos pasando un momento de zozobra. Se ponen en el mercado, arriba de la mesa, en un solo día, dieciocho meses de trabajo. La UCAMAE (Unidad Centralizada de Adquisición de Medicamentos y Afines del Estado) llama a licitación y en esa instancia nosotros competimos en igualdad de condiciones contra oficinas importadoras; plantas que funcionan con todas las reglamentaciones que pide la ley compiten en igualdad de condiciones con empresas chinas representadas por una sociedad de una o dos personas que trabajan con un fax y un teléfono. La industria así no puede seguir trabajando. Lo hemos planteado a todo nivel pero, lamentablemente, no se nos ha prestado atención; pareciera que al sistema político no le interesa o no ve lo estratégico que es que haya producción nacional de medicamentos, desde una solución para un suero hasta un anticanceroso u otro tipo de productos cuyo uso es imprescindible. Si sigue este sistema centralizado que en un solo día decide

dieciocho meses de trabajo de la industria, la industria nacional va a tener dificultades y no podrá invertir ni evolucionar.

Dentro de nuestro grupo hay muchas empresas que creen en el país y que han apostado, haciendo grandes inversiones. Al día de hoy, productos uruguayos están siendo exportados al exterior dentro de los mejores estándares de calidad. Yo diría que en algún momento tendremos que plantear expresamente a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social lo que tiene que ver con el sistema de compras del Estado, que no ayuda para nada.

Por último, en un artículo de la Rendición de Cuentas se incluyó el tema de las MIPYMES, que lo único que hace es obligarnos a competir entre las empresas nacionales en total desigualdad de condiciones, sin aportar nada al sistema, a la garantía de calidad del producto ni a la capacidad de producción; simplemente, se trata de una redistribución del trabajo, es decir que no se genera nada nuevo. La aplicación de ese artículo es muy difícil; es muy difícil el control; es muy difícil la realidad, porque uno no puede saber cuál es la capacidad de una pequeña o mediana empresa, no sabe si tercerizar con otro laboratorio o traer las cosas preparadas de una tercera empresa de un mismo grupo. Ni siquiera nosotros, que estamos en el gremio, podemos tener la certeza de que esa mediana empresa puede abastecer lo que ganó, con una ventaja que entre las firmas nacionales es de 10% y con las extranjeras es de 20%. Entiendo que eso también nos perjudica. Entonces, con la ley de patentes, con el sistema de compras y con los nuevos incentivos a oficinas privadas, créanme que la industria nacional establecida está condenada.

SEÑOR MARTÍNEZ.- Soy Gerente General de la Cámara, de la Asociación de Laboratorios Nacionales.

Antes de entrar al tema del proyecto de ley quisiera hacer una breve exposición para explicar qué somos nosotros y qué representamos en el mercado, complementando algunas expresiones que nuestro Presidente volcó hace unos momentos.

La Asociación de Laboratorios Nacionales es una entidad gremial que fue fundada en 1942. Es la más antigua de toda América Latina y aglutina en este momento a 35 empresas de capital nacional y algunas de capital regional. Nuestra característica fundamental es la fabricación y la industrialización local, o sea, la fabricación.

Como decía el Presidente, representamos el 92% de las unidades que se consumen en plaza y levantamos el 60% del dinero que representa la venta anual de medicamentos.

Queremos ser bien terminantes y concretos al informarles que el medicamento de la industria nacional no es ni ha sido responsable de ninguna crisis de salud en este país. Queremos dejar sentada en la versión taquigráfica información proporcionada por IMS, que es una consultora internacional que evalúa los precios de los distintos mercados mundiales, y Uruguay en este momento, incluidas las empresas multinacionales que tienen precios notoriamente superiores a los nuestros, es el mercado de América Latina más barato de precio por unidad. Al día de hoy reitero: conjuntamente con las multinacionales y con los productos de altísimo costo que preocupan a los legisladores y a la Administración de Salud de este país, estamos en un promedio de U$S 3,3 la unidad; eso abarca todos los productos que se consumen en plaza.

Para que ustedes tengan una idea, les diré que el país más caro de América Latina es México, con un promedio de U$S 9,75, y le siguen República Dominicana, con U$S 9,07; Brasil, con U$S 6,36; Venezuela, con U$S 6,74, y Argentina, con U$S 5,90. El que sigue a Uruguay es Paraguay, cuyo precio promedio se sitúa entre los U$S 3,60 y U$S 3,70.

Insisto: queremos dejar muy en claro que no somos responsables de ninguna crisis de salud por los precios con los que nosotros volcamos los productos al mercado. Hemos sido una solución, porque hemos sido financiadores de todo el sistema mutual; hemos proveído medicamentos, inclusive, en la crisis del 2002. En ningún momento dejamos de proveer y hemos refinanciado deudas en dos, tres y cinco años; inclusive, en alguna mutualista hemos cedido bonos del Fondo Nacional de Recursos al año 2011, por ejemplo, sin intereses ni nada.

También queremos aportar datos acerca de nuestros precios promedio. El precio promedio de la Asociación de Laboratorios Nacionales para farmacias y droguerías es U$S 2,40 por unidad; para el mutualismo, de U$S 1,71, y para el Gobierno es U$S 0,90. Estos son los precios de las empresas afiliadas a la Asociación de Laboratorios Nacionales. Los tres canales de venta farmacias y droguerías, mutualistas y Gobierno totalizan un promedio de U$S 1,67. Entonces, con U$S 1,67 no somos ningún problema para ninguna institución, para el Estado ni cosa que se le parezca. Al contrario, de alguna manera, en este momento estamos siendo sujetos pasivos de una política que responde a las reglas del mercado pero, en el fondo, es una política despiadada de oligopolios de compras. El Estado es un verdadero oligopolio de compras. Antes, el Estado compraba a través del Ministerio de Salud Pública y después compraba centralizado para Montevideo, separando algunos hospitales, mientras que los otros departamentos compraban individualmente, y algo similar ocurría con los entes estatales.

Desde que se formó UCAMAE, hace más o menos cuatro años, durante el Gobierno anterior, este organismo centraliza las compras totales, no solamente de Montevideo sino también de los hospitales del interior y también de instituciones como el Hospital Militar y el Hospital Policial, entes autónomos, servicios descentralizados e Intendencias.

Entonces, primero, tenemos que competir entre nosotros; después, con empresas multinacionales, y con otras que nos preocupan más todavía porque no le dejan absolutamente nada al país. Son empresas importadoras que son fomentadas por esta política y que están "al golpe del balde" entre comillas esperando una gran compra o una licitación. Lo único que hacen es invertir lo necesario para registrar un producto, que son aproximadamente U$S 500, y quedan a la espera. Si ganan la licitación, importan; si no, no. Algunos de estos importadores son empresas, pero desde el punto de vista de su funcionamiento se han vuelto comisionistas, son agentes de empresas del exterior; si colocan, cobran una comisión sobre eso. Por ejemplo, en una de estas licitaciones se presentó un señor, que es ferretero tiene todo el derecho del mundo a presentarse porque hay libertad de comercio que importaba inhaladores. Hace poco tuvimos noticias de que uno de los medicamentos que se compraron mediante licitación a un importador y que tenía origen chino fue retirado del mercado. Se trata del Alapril, un producto para controlar la hipertensión; los señores Diputados que son médicos saben lo que significa este medicamento en el tratamiento de esa patología.

En definitiva, tenemos un panorama complicado. Un dato que les puede interesar es cómo se fragmentan nuestras ventas en el mercado: un 43% se vuelca a las farmacias y droguerías, un 37% al mutualismo y un 20% al Gobierno.

SEÑOR GONZÁLEZ ÁLVAREZ.- Si no entendí mal, venden más caro a quien más compra, es decir, las farmacias y droguerías, y más barato a quien menos compra.

SEÑOR MARTÍNEZ.- Es interesante el comentario del señor Diputado. Como dijimos, el precio a las farmacias es de U$S 2,40 contra U$S 1,71 en el mutualismo y alrededor de U$S 0,90 en el Gobierno. Esto se debe a una realidad comercial que nos es impuesta. Son las reglas del mercado. En el caso del Gobierno, como ya dijimos, hay un gran centro de compras que en un solo día define las compras para 18 meses. Algunos de nuestros afiliados venden prácticamente el 100% de sus productos a los hospitales, se juegan la viabilidad de su empresa en un día y en un momento. En esa ocasión no estamos compitiendo por marcas ni por prestigio de la empresa sino por precios. Allí es que competimos contra empresas que no tienen nuestra estructura, trayectoria ni nuestro prestigio en el mercado, ni la calidad de nuestros productos.

A su vez, en el sistema mutual pasa algo parecido. En Montevideo hay algunas instituciones mutuales que aglutinan grandes fragmentos de la población. En el interior tenemos una central de compras, COSEMI, y ahí debemos ir a competir prácticamente en sistemas semilicitatorios, con reglas parecidas a las de una licitación. En muchos de estos mercados vamos al costo, e inclusive, por debajo del costo para, poder mantener las fábricas abiertas, y a partir de allí y de la promoción que se genera del producto, lograr después una salida en la farmacia donde tenemos una rentabilidad algo mayor, 2,40 contra 1,71 y contra 0,90. Tengamos en cuenta, además, que tal vez la composición de esos productos es distinta. En el Gobierno estamos vendiendo productos de uso hospitalario, que son distintos de los productos ambulatorios que sacamos en farmacias. Es muy difícil que un paciente vaya a una farmacia a comprar un inyectable, un producto oncológico o un suero. Luego, entre la farmacia y el mutualismo es donde se registra la mayor competencia en un sistema que nosotros no creamos, el de prepago con el ticket. Ahí también tenemos que asistir algo parecido a la realidad

del Estado a una situación de verdaderos centros de compra que son bastante más poderosos que nuestras empresas individualmente consideradas.

Una empresa instalada tiene que velar, en primer lugar, por no cerrar las puertas, por pagar los sueldos a fin de mes, por pagar los tributos, impuestos, etcétera. Entonces, no es que se dé el lujo de vender barato; tiene la obligación de hacerlo, porque si no, queda fuera del mercado, debido a la alta competencia. En un mercado de tres millones de habitantes están compitiendo alrededor de 80 empresas, de las cuales 35 o 40 son nacionales, con fabricación e instalación en el país, unas 20 multinacionales y unas 20 y 30 que, como decíamos, nada le dejan al país y compiten atrozmente con productos que recién ahora van a ser controlados en su calidad. Hasta ahora esto no se hacía, pero en adelante habrá una normativa, que está en proceso de implementación, por la cual el Ministerio de Salud Pública va a ordenar que se les controle la calidad.

Nosotros tenemos que controlar la calidad en todo el proceso, invertir en eso, en fabricación, en adaptarnos a las normas OMS 92, muchas de nuestras empresas se ajustan a normas ISO y todo eso cuesta plata, pero tenemos que hacerlo, no hay otra opción, porque si no, no nos habilitan. Esas empresas escritorio como las llamamos nada de eso hacen y en nada de eso invierten.

SEÑOR PRESIDENTE.- La vastedad de lo que estamos analizando de pronto trasciende la temática del proyecto. No quiero para nada limitar el debate. Es más: propondría generar instancias posteriores de intercambio, porque es un tema que nos preocupa a todos, a los miembros de la Comisión de Salud Pública, y ni que hablar de la Comisión de Hacienda. Algunas de las resoluciones que se han tomado aquí sé que han incidido fuertemente en este debate. Por lo tanto, les pediríamos que hoy restrinjan la intervención al tema de la ley y cómo afecta la industria y coordinaríamos una instancia posterior que nos permita llevar a cabo un debate largo, porque aquí hay que manejar números. Uno siente que a veces pierde un poco el hilo del debate si no logra incorporar todos los elementos. Inclusive, nos pueden hacer llegar previamente algún tipo de presentación.

SEÑOR TOMASI.- Soy Secretario de la Cámara y la integro como Gerente de los laboratorios Roemmers. Coincidimos en que realmente hay que abocarse a lo que en definitiva va a regular el mercado farmacéutico hacia el futuro, pero sentimos que teniendo en cuenta las denominaciones tan genéricas que contiene la ley con respecto a los medicamentos, no tenemos demasiado que decir, y sí hacer referencia a lo que se ha manejado aquí en el seno de la Comisión respecto a la distribución de medicamentos a través de las farmacias.

Sabemos que la Comisión ha recibido a las gremiales farmacéuticas y que han discutido el tema. Al respecto, nos interesa realizar algunas precisiones que tienen mucho que ver con la pregunta formulada por el señor Diputado, en cuanto a las diferencias de precio entre lo que se vende al mutualismo y lo que venden las empresas farmacéuticas al conjunto de las farmacias. De acuerdo a la distribución por canal, la mayor salida, en cuanto a los valores, se da a través de las farmacias; no sucede lo mismo con las unidades que son superadas en forma por demás amplia, tanto por el sector mutual como por el público en la compra centralizada por la UCAMAE.

En ocasión de la visita de las gremiales farmacéuticas, aquí se señaló que hay una competencia desleal entre el mutualismo y las farmacias, lo que implica que las empresas farmacéuticas vendan los medicamentos a valores diez veces menores que los que compra el mutualismo. Quizás esto se pueda dar en algunos casos pero los números concretos como resultado de las ventas a un canal y otro, no dicen eso. Los números concretos son los que mencionó el doctor Martínez de U$S 1,71 para la venta promedio en el mutualismo y de U$S 2,40 para las farmacias. Creo que sería interesante explicar por qué se ha dado este fenómeno de diferencia entre los precios de un sector y otro.

Considero conveniente hacer un poco de historia de la industria farmacéutica. Se trata de una industria de vieja tradición en nuestro país. Por lo pronto, la primera fábrica de medicamentos en Sudamérica fue instalada en Uruguay; esto ya habla a las claras de que la industria farmacéutica uruguaya es pionera en Latinoamérica. Ya en 1920 se estaba exportando nada más y nada menos que hacia Alemania.

Sin duda, se ha podido desarrollar al amparo de circunstancias como, por ejemplo, que en el mercado farmacéutico uruguayo no rigiera una ley de patentes. Recién en 2001 entró en vigencia una de patentes cuyos efectos como decía nuestro Presidente van a verse en el correr de los años. Esto, más la eficiencia en la

fabricación de medicamentos por parte de las empresas instaladas, ha hecho que el cuerpo médico nacional fuera confiando en los productos de la industria nacional. También debe sumarse cierto equilibrio entre calidad y precio, lo que ha llevado a que se liderara en la mayoría de los segmentos con los productos con los que se competía. Obviamente, no sucedió lo mismo con los productos monopólicos, fruto de empresas multinacionales de investigación. En este caso, el precio de venta en el mercado es establecido por la empresa multinacional.

De todos modos, debemos convenir en que tradicionalmente el mutualismo ha sido la puerta de entrada de los medicamentos al mercado. De alguna manera, ha sido y es el banco de prueba que tienen los médicos lo mismo sucede en los hospitales para constatar la efectividad de un medicamento y saber si en realidad soluciona el problema de determinado paciente. Es por ello que durante muchos años los medicamentos ingresaban al mutualismo pura y exclusivamente mediante un consenso técnico.

Durante los últimos veinte años el sistema mutual ha venido degradándose, salvo excepciones de buena administración. En general, el sistema mutual ha tenido un déficit que se acentuó sobre todo en la década de los noventa y el precio comenzó a primar sobre cualquier otro aspecto en la compra de medicamentos. Las empresas que eran importadoras o que no tenían posibilidad de acceder al médico para que conociera sus productos, la única forma que tenían de ingreso al sistema mutual era a través del precio. Allí se dieron la mano dos aspectos. Uno de ellos fue la necesidad del mutualismo de bajar sus costos, pero no en los insumos porque no le determinaban déficit, como el caso de los medicamentos. Digo esto porque es bien sabido además, lo tenemos demostrado a través de estudios de consultoras de gran prestigio que todas las compras que hizo el mutualismo a las empresas nacionales no solo han sido cubiertas por la recaudación del ticket sino que, además, han tenido excedentes para pagar los productos monopólicos de las multinacionales.

Debemos tomar en cuenta que el avance de la crisis en el sector mutual se trasladó más a las compras de medicamentos y que cada vez más el precio pasó a formar parte de la decisión de compra. Fue así que para poder estar presentes en el mercado, muchas empresas han tenido que ir bajando paulatinamente los precios al sistema mutual, algo que después se ve reflejado en la venta a las farmacias.

Hay algunos elementos señalados aquí por las gremiales farmacéuticas que nos interesaría precisar.

Se dice que la industria farmacéutica vende diez veces menos al mutualismo que a las farmacias. Esto podrá suceder en alguna empresa, y puede haber más de un ejemplo, pero los números que salen de la venta de cada uno de los canales a través de las distintas unidades que se comercializan, no reflejan esa afirmación. Como marcábamos, la diferencia es de U$S 2,40 a U$S 1,71.

En cuanto al incremento de los tickets mutuales que se dio fundamentalmente en la década de los noventa, debo decir lo siguiente. En aquel momento pasó de ser un ticket moderador a uno recaudador. Nos apresuramos a decir que a nuestro criterio el medicamento no puede estar sujeto al libre albedrío y debe tener frenos. Hasta principios de los noventa, había un ticket moderador para establecer determinados frenos al consumo de medicamentos. Después pasó a ser un ticket recaudador y la evolución del parámetro del ticket sobre la cuota mutual y los precios de los medicamentos marcó una diferencia abismal.

En este aspecto, cabe señalar que la industria farmacéutica, después de la liberación de precios ocurrida en 1991, en términos generales llevó adelante una política de precios a las farmacias tendiente a trasladar productos del sistema mutual a las farmacias. Se bajó el precio de venta al público para que las farmacias pudieran competir en mejores condiciones con el sistema mutual instalado.

Otra iniciativa de la industria fue establecer un sistema de descuentos denominado "farmadescuento". Si partimos de la base de que en todo acto médico en el que hay un medicamento de por medio debe existir una receta que lo sustente el médico debe determinar lo que tome el paciente, al presentarla, la gente adquiere su medicamento con un 25% de descuento. Estos son elementos que no han sido mencionados aquí y resalto que hemos tenido oportunidad de acceder a las versiones taquigráficas. Nos parece interesante y conveniente que los señores legisladores manejen estos extremos porque hacen el fondo del asunto.

No se trata de que la industria haya establecido una competencia desleal en detrimento de las farmacias; además, las reglas del mercado no fueron impuestas por la industria farmacéutica. Las condicionantes que rodean el sistema de salud que es muy complejo han hecho que el precio de los productos farmacéuticos evolucionaran de esa manera en cada uno de los canales.

Por último, queremos señalar una cuestión que se planteó aquí también, sobre una central de compras que estarían manejando los gremios farmacéuticos. Nos parece que eso borra con el codo lo que las gremiales farmacéuticas argumentaron al principio de la sesión: que el medicamento debe cursar a través de lo que receta el médico y que no deben existir cambios en el medio. Nosotros nos manifestamos absolutamente de acuerdo con la idea de que el medicamento debe pasar por las farmacias. Esto es lo que la gremial de la Asociación de Laboratorios acordó con las gremiales farmacéuticas. En la nota que entregamos estamos de acuerdo con que el medicamento debe ser suministrado por las mil doscientas farmacias instaladas en el país.

SEÑOR SCHERSCHENER.- Se preguntaba sobre los valores en farmacia, mutualista y Gobierno. Esta es la Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social, por lo que seguramente el tema del presupuesto es importante. Como dato no actualizado, pero debe estar vigente, puedo decir que hace dos años el 3% de las unidades que compraba el Gobierno representaban más del 25% del dinero, que no son nuestras. Esto era así antes de la vigencia de la ley de patentes.

(Interrupción del señor Representante García)

—— El 3% de las unidades representaban más del 25% del presupuesto de compras del Estado, que no son nuestras. Esto se incrementará exponencialmente, porque nosotros competimos con muchas de esas unidades, pero no podremos competir en el futuro. Así como tenemos un precio promedio de 0,99 para el Gobierno, de 1,71 para las mutualistas y de 2,40 para las farmacias, se da que nuestra contraparte, las empresas multinacionales, tienen precios de 5,97 para las farmacias es bastante más alto, teniendo un efecto inverso en el precio para las mutualistas y para el Gobierno, que deberá estar financiado por el Fondo; el precio promedio para el mutualismo es de 8,32 y para el Gobierno es de 11,65. O sea, sucede totalmente lo inverso. Eso da la pauta de que el mutualismo y el Gobierno deberán tener muy buenas espaldas para resistir estos productos; anualmente ingresan tres o cuatro a nuestro mercado. ¿Qué ha sucedido? El presupuesto es único y estos productos son monopólicos, por lo que terminan comprándolos y nos oprimen a nosotros cada día más, pidiéndonos que productos de $ 11 los bajemos a $ 10 o $ 9. Eso va creciendo; de aquí en adelante, habrá que ver hasta cuándo.

SEÑOR DONNÁNGELO.- En la consideración del Sistema Nacional Integrado de Salud nadie consultó a la Asociación de Laboratorios Nacionales. Pedimos entrevistas, porque tenemos total incertidumbre de cómo se hará el mecanismo de distribución de medicamentos. En los primeros meses de Gobierno tomamos con alegría la noticia de un plan nacional de medicamentos. Se realizaron dos o tres reuniones en el Ministerio de Salud Pública, pero todo quedó en la nada. En el estudio de este proyecto de ley a la Asociación de Laboratorios Nacionales no se la escuchó ni se tuvo en cuenta, en ningún aspecto, la distribución, la comercialización ni la producción de medicamentos.

SEÑOR MARTÍNEZ.- Como dice nuestro Presidente, el señor Donnángelo, nosotros no tuvimos participación en la redacción de este proyecto de ley.

Respecto al medicamento y a lo que nos compete, porque este proyecto de ley obviamente trasciende al medicamento, queremos decir que tenemos una gran incertidumbre. El artículo 7º establece algunos principios que son loables y con los que todos estamos de acuerdo; determina que el medicamento sea utilizado racionalmente, distribuido racionalmente y que se fortalezcan las actividades de inspección y fiscalización. ¡Si habremos pedido esto último para las empresas importadoras! Bienvenido sea este impulso a esa labor fiscalizadora y a ese trabajo de inspección que debe realizar la policía sanitaria.

Por otra parte, el artículo 42 establece algo que preocupa a nuestros amigos de las gremiales farmacéuticas y también a nosotros. Nos parece razonable lo que allí se establece. En todas partes del mundo, el lugar natural para comercializar el medicamento es la farmacia, eso pasa en América Latina, en Europa, en Estados Unidos. La farmacia es el lugar natural para hacerlo. Llevaría tiempo explicarlo a los señores Diputados creo que ya lo han hecho nuestros amigos del Centro de Farmacias y de la Asociación de Farmacias del Interior, pero este es un proceso histórico que vivió Uruguay en una forma muy particular, "a la uruguaya" entre comillas, quedando buena parte del medicamento atrapado digamos en el sistema mutual. O sea, nosotros avalamos ese concepto primario de que el lugar natural es la farmacia, pero no sabemos cómo se va a llevar a cabo ni por qué mecanismos. La norma no prevé eso. Nosotros visualizamos un gran cascarón que,

seguramente, se deberá ir complementando con leyes puntuales, con decretos o con reglamentaciones, en este caso del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía y Finanzas. Hoy no podemos abrir un juicio crítico técnico de lo que este proyecto de ley nos afectará a nosotros. Aquí hay una serie de enunciados sobre los que, en principio, no tenemos discrepancia. Habrá que ver cómo se llenan esos vacíos para poder determinar cuál es la suerte de la industria nacional, que esperamos que no sea la creación de nuevos centros monopólicos de compra que constituyan lo que se llama monopsonios, es decir, un sistema monopólico en el que se constituyen alianzas de compradores, que hoy ya existen en Uruguay, lo que en definitiva oprime más a este sector. Como decía nuestro compañero de delegación el licenciado Scherschener, esto vilipendia y perjudica cada vez más a la industria nacional, porque esos productos monopólicos de alto precio se compran al precio que se venden; de lo contrario no se compran. Y como hay competencia con nuestros medicamentos, permanentemente hay un apriete.

Para citar un ejemplo, UCAMAE llama a licitación, como buena compradora que pretende ser a nuestro juicio, en forma excesiva, y luego, permanentemente llama a mejoras de precio sobre una licitación y con precios vistos. Ya hemos impugnado jurídicamente algunas de estas conductas que entendemos que se desvían del TOCAF y vamos a seguirlo en la vía administrativa ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo en caso de no prosperar los recursos administrativos que hemos interpuesto. En las licitaciones de UCAMAE se llama a cantidades y hay una cláusula expresa en el texto ustedes son legisladores que establece que se puede comprar lo que se quiera: una unidad, tres mil unidades, cincuenta mil, dos millones de unidades. Eso no es serio ni es posible. Nosotros no podemos prever una venta de una línea de fabricación fabricar un medicamento no se hace apretando un botoncito y que salga el número que quiera, dependemos de materia prima que se compra en el exterior, de la planificación de una planta, de normas de calidad que tenemos que cumplir. Esa es una de las normas que entendemos que contradice el sistema jurídico uruguayo que se sustenta en el TOCAF, por lo que en este momento la estamos impugnando.

Quedamos a las órdenes para una nueva reunión en la que nos gustaría introducirnos en estos temas con más tiempo, ejemplificarlos en una pantalla y aportar todos los elementos que entiendan convenientes.

SEÑOR ASTI.- Me interesa mucho que este tema pueda ser motivo de una nueva convocatoria o de un intercambio con los visitantes, porque algunas de las afirmaciones que han hecho me merecen algunas reservas por experiencias personales, tanto a nivel profesional como de usuario de los servicios de salud.

En esa oportunidad, también me gustaría comentar la vigencia de la reglamentación de la nueva ley de defensa y promoción de la competencia en la que, precisamente puede haber recursos para aquellas centrales de compra que no tengan origen legal y que, de alguna manera, puedan afectar los principios de la libre competencia. Deben tener en cuenta que, como expresa el objeto de la ley, esto se establece en beneficio de los usuarios actuales y futuros.

Como no quiero alargar la discusión sobre este proyecto de ley, me anoto para la discusión de esos temas en general y para poder controvertir algunas de las expresiones vertidas en Sala.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Voy a hacer una pregunta muy simple que, tal vez, de tan simple sea descalificada por los señores Diputados economistas o contadores. Mi pregunta es sobre el propio sistema.

En el sistema que queremos implementar hay algunas pautas que tienen que ver con la política de medicamentos, la defensa de la industria farmacéutica nacional y los medicamentos genéricos. Sin embargo, hay un problema que han planteado las farmacias: el precio del medicamento. Aquí se fabrica un medicamento y tiene tres precios distintos: uno para el mutualismo, otro para las farmacias y otro para los organismos del Estado. Esos tres precios diferentes generan toda esta conflictividad. Esa es la realidad

Queremos apuntar a una política seria e implementar un sistema integrado público-privado que apunte a la simetría y dentro de ella tiene que estar igualado, sin duda, el precio de los medicamentos. Entonces, la pregunta simple que hago es si en algún momento no habría posibilidad de que ustedes, los laboratorios, que son los que establecen los precios, fijen un precio único para el mutualismo, las farmacias y para el sistema estatal.

Reitero que es posible que ustedes me descalifiquen la pregunta, pero si es posible fijar un precio único quedarían solucionados definitivamente estos aspectos conflictivos que hacen que, por ejemplo, el mutualismo que compra muy bien; es el que compra mejor siga diciendo que va a defender el sistema de dispensar medicamentos en función de los costos que tiene. Eso, en la realidad del mercado, está bien. ¿Quién le puede negar eso al mutualismo, si compra siete veces más barato que lo que tendría que pagar si el usuario fuera la farmacia? El Estado también va a seguir diciendo lo mismo. Ahora, quien determina el precio son los laboratorios.

En este tema de la salud tenemos concepciones ideológicas diferentes el Estado y el mercado. Pregunto si hay posibilidades de que en algún momento haya una unificación de precios que determine que el medicamento tenga el mismo peso en todo el sistema, que la competencia no exista más y que, en definitiva, el beneficiado sea el usuario.

SEÑOR TOMASI.- La pregunta del señor Diputado Gallo Imperiale nos la hemos formulado bastante tiempo atrás.

La primera aclaración que queremos hacer es que la industria no fija el precio. El precio lo fija el mercado. Si nosotros fijáramos el precio, otro gallo cantaría. En realidad, estamos actuando en un mercado con determinadas condicionantes y reglas escritas y no escritas y ello determina que el precio del medicamento se acomode a los vaivenes.

Me animaría a contestar dos tercios de su pregunta y dejaría de lado al Estado porque es otro tema, tiene otro alcance y maneja otro tipo de productos. Me parece que es posible llegar a un entendimiento en un precio que no va a ser el de las farmacias ni el del mutualismo, no sé si será intermedio pero podría estar ubicado entre esos dos valores. De esta forma, los pacientes del sistema mutual y aquellos que compran en las farmacias, podrían acceder a los medicamentos a un valor único para todos o por franjas, dependiendo del tipo de medicamento. Se puede llegar a eso. El tema es cómo metemos dentro de esa misma bolsa al Estado. No debemos olvidar que están los impuestos. El Estado forma parte de este asunto. También debemos tener en cuenta a los distribuidores porque en un mercado como el nuestro no hay posibilidades de distribuir con la eficiencia de esas empresas a los minoristas, los intereses de las mutualistas y a los fabricantes, pero considerando que, como dice el señor Diputado, el principal beneficiario debería ser el usuario.

Hablamos del medicamento porque es un tema sensible pero ¿qué pasa, por ejemplo, con los alimentos? En definitiva, van a calmar el hambre de la gente. ¿Por qué no pasaría lo mismo con la cadena alimentaria? ¿Por qué no todos pueden acceder de la misma manera? Señalo esto porque aquí se introducen aspectos que tienen que ver con posibilidades que la industria farmacéutica local no tiene. Si los productos chinos e indios vienen aquí, con los costos de esos países, se destruye la industria farmacéutica instalada. Lo mismo pasaría si se abren los grifos para cualquier otro producto en cualquier mercado. Nuestras escalas no son las de esos países que, en total, tienen dos mil cuatrocientos millones de habitantes, de los cuales, en China consumen seiscientos millones; además, tienen un banco de reserva del doble de esa cifra. Pueden vender los productos a precios que la escala de un país como el nuestro de apenas tres millones de habitantes no permite manejar.

Por tanto, el equilibrio entre el precio de un bien en el mercado y la fuente de mano de obra también debe tenerse presente a la hora de pensar en estas cosas.

SEÑOR GANDINI.- Quiero hacer un comentario relacionado con las reflexiones que se hacían.

A lo mejor, para realizar algunas de las afirmaciones que se están haciendo, deberíamos tener aquí en este momento o en otro a la institución que agrupa a los laboratorios multinacionales. Esos sí fijan el precio, porque tienen un producto que, si quien debe entregarlo a un paciente no lo compra a ellos, no lo puede comprar a otro. Ahí sí el monopolio fija el precio. No es el caso de quienes están presentes, que representan básicamente a la industria nacional, a la producción y no a la importación. Ahí hay una importante diferencia.

Todo el aspecto del medicamento podría merecer un análisis importante. Habría que ver, entre otras cosas, por qué, si los precios promedio a las mutualistas están por debajo de los $ 50, el tique de medicamento de una mutualista está arriba de los $ 110. Debería ser promedio contra promedio. Probablemente, alguien con un tique de mutualista se lleve un medicamento que vale $ 2.000 en la farmacia, pero el promedio es $ 110 y el promedio del que se le vende es de $ 50; es decir que hay un tema de recaudación que, de alguna manera,

está impidiendo que el paciente, el socio de la mutualista, acceda por mucho menos dinero al medicamento, particularmente, en el caso de los enfermos crónicos o los que tienen mayor edad.

Esto podríamos analizarlo largamente y quizás tengamos en el debe el asunto de la UCAMAE, que pasa más por la Comisión de Hacienda que por la de Salud Pública y Asistencia Social o, en todo caso, por ambas. Es posible que, en el fragor de la batalla, cada vez que analizamos la Ley de Presupuesto no tengamos tiempo para entrar al fondo del asunto, pero en algún momento deberíamos hacerlo.

SEÑOR MUJICA.- Me parece que el Presidente acertó cuando incorporó esto como tema independiente. No podemos entrar talenteando en un asunto de esta complejidad.

Estamos hablando de un conjunto de empresas nacionales que producen en Uruguay, de un conjunto de empresas transnacionales y de medicamentos amparados por nuestra legislación. Estamos hablando además de mercados diferentes, que estamos segmentando en tres. Obviamente, no queremos nivelar hacia arriba los precios; queremos nivelar hacia abajo. Todo esto merece una discusión particular que, seguramente como en todas las áreas industriales que yo conozco, requiere un abordaje específico, conociendo las realidades del sector y analizando cuál es la mejor regulación. El interés político siempre es que el mejor medicamento llegue a la población con el menor costo posible, y encontrar los puntos de equilibrio que la sociedad puede costear para tener una industria nacional que brinde ese servicio. Las soluciones son complejas y, seguramente, merecen un abordaje específico que nos va a llevar mucho tiempo y trabajo.

SEÑOR TROBO.- Simplemente, quiero dejar constancia que me preocupa más lo que no se ha dicho que lo que se ha dicho a la visita, porque la incertidumbre que hay sobre lo que va a ocurrir en todo el sistema de salud y, en particular, en este aspecto debido a la generalidad de las normas y al poder que se le da a la Junta Nacional de Salud, seguramente nos va a generar muchos problemas en el futuro. Advierto lo que hemos dicho hasta ahora, que el poder centralizado, el poder económico y el poder político van a intervenir groseramente en todos los factores que hacen funcionar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho la visita, y dejamos planteado este tema para un debate posterior, que definiremos en función de nuestra agenda.

(Se retira de Sala la delegación de la Asociación de Laboratorios Nacionales)

(Ingresa a Sala un representante de las IAMC)

—— La Comisión, que está analizando el proyecto de ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, tiene mucho gusto en recibir al Presidente del Plenario de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, doctor Antonio Durán, a efectos de conocer su opinión al respecto.

SEÑOR DURÁN.- Antes que nada, quiero pedir disculpas al Cuerpo porque los demás representantes que venían conmigo se tuvieron que retirar por una gestión que está haciendo el plenario en otro ámbito. Por tanto, en el día de hoy comparezco solamente yo de los siete que normalmente representamos el plenario.

El plenario de IAMC ha expresado en reiteradas oportunidades la necesidad de introducir cambios en el sistema de salud. Esto no es de ahora, sino que lo venimos haciendo desde hace muchísimos años. De todas maneras, mantenemos algunas discrepancias tanto jurídicas como de convivencia. No dejamos de reconocer la complejidad de la materia, pero nos preocupa muchísimo que el legislador delegue a autoridades administrativas una cantidad de artículos que quedan para una reglamentación futura. Si esto es así, nos pone un poco nerviosos.

El proyecto contiene elementos que, sin ninguna duda, invaden el ámbito privado. Es un sistema que está fuertemente controlado, que desconoce la autonomía empresarial, la dirección de empresas, con una responsabilidad civil y penal a la que ahora se le agrega la responsabilidad civil y penal de las unidades móviles que serán contratadas por el nuevo reglamento.

En cuanto a esto último, nosotros hemos dejado documentos, pero en múltiples oportunidades este esquema de articulado ha variado y siguió variando. Tal vez no tengamos lo que se ha hecho hasta ahora.

Queremos hacer una reflexión previa. Nosotros tenemos prisa y, al mismo tiempo, queremos poner el pie en el freno. Como ustedes recordarán, a raíz de la ley del FONASA que ustedes votaron, nuestras instituciones DISSE dependientes perdieron por las cápitas una cantidad de dinero muy importante, que las pusieron al borde de la quiebra. Este problema todavía no está resuelto. Creemos que si este sistema es aprobado tal como está, dejando un 60% para reglamentar a posteriori a la Junta Nacional de Salud, será una equivocación. Lo que no se tuvo en cuenta en una primera instancia en la ley del FONASA, puede provocar en este caso otros errores. Si observamos la gráfica que muestra que la cápita que más se pagaba era hasta los 18 años y después de los 64 años; ahí las instituciones empezarían a estar equilibradas. Si demoramos más, las instituciones DISSE dependientes van a perder aún más tiempo, más plata y la posibilidad de cierre va a estar a la vista de todo el mundo.

Si bien reconocemos que este sistema hay que cambiarlo, también sabemos que si perdura un tiempo prudencial, volver atrás va a costar mucha plata y, fundamentalmente, mucho tiempo al pueblo uruguayo. Este no es un sistema que se cambie con tres, cuatro o cinco artículos, decretos o leyes en el futuro. Salir de este sistema puede llevar doce, quince o veinte años; no lo podemos estimar en este momento.

Por eso decimos que ponemos el pie en el freno para parar esto, pero también tenemos la urgencia de solucionar las cápitas. Si bien está planteada la situación para las instituciones DISSE dependientes, en este momento no tenemos posibilidad de seguir más allá del 1º de enero.

Seguramente, ustedes ya estén cansados de recibir propuestas, porque generalmente se repite lo mismo, pero quisiera jerarquizar tres o cuatro temas importantes para nosotros.

El primero de ellos tiene que ver con la Junta Nacional de Salud, cuyos integrantes serán designados por el Poder Ejecutivo. Esto es algo que será reglamentado y no sabemos cómo se hará, pero nos pone nerviosos el hecho de que se faculte al Poder Ejecutivo a designar los integrantes de esta Junta, ya sea en el ámbito privado, en los usuarios, en los trabajadores o en las empresas. Esto es algo que nos preocupa.

También nos preocupa el predominio de los delegados estatales en la Junta Nacional de Salud, la notoria injerencia en la gestión empresarial y el poder absoluto que tendrá su Presidente, pues nos genera incertidumbre en el sentido de si la supervivencia de las instituciones es lo que está en juego. Además, nos refuerza el convencimiento de que la libre competencia no será tal; si bien integrantes del Poder Ejecutivo y del Ministerio de Salud Pública han manifestado que coexistirá el sistema público-privado, nosotros vemos que en ningún artículo se hace referencia a cómo será la competencia entre públicos y privados.

Todo esto nos lleva a pensar que la viabilidad de las instituciones está en juego, que queda una cáscara con responsabilidad penal y que, de alguna manera, sería conveniente revisar esto para que la Junta Nacional de Salud tenga menos poder.

Más allá de esto, en el artículo 72 hay un elemento que también puede coexistir en esto, pues se faculta al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso establecidas en la futura ley. Esto también es un elemento de preocupación; sé que muchas instituciones se vieron beneficiadas por la ley de creación del FONASA, pero nosotros nos vimos perjudicados.

En cuanto a la autonomía de gestión con responsabilidad civil, quiero decir que falta un Tribunal de Alzada para que de alguna manera nos proteja de las posibles injerencias institucionales que tenga la Junta Nacional de Salud.

El Poder Ejecutivo, el Ministerio de Economía y Finanzas, fijará una cápita, pero desconocemos cómo se ajustará; tampoco sabemos cómo se ajustaron las cápitas anteriores. Las cápitas que se manejan de 18 a 44 años no tienen rentabilidad. Esto nos lleva a pensar que estas paramétricas que es plata del propio Estado y las cápitas pueden disminuir en vez de aumentar en la mayoría de los países que entran en crisis la salud y la educación son los primeros afectados y que se dan prerrogativas a la propia Junta Nacional de Salud de adaptarlo de acuerdo con la cantidad de afiliados. El número de afiliados no significa que ingrese más plata, sino que habrá más estructura, más costos, con mayores prestaciones. Además, se continuará con algo que está vigente. Si un socio DISSE internado en un CTI de cualquier empresa del Estado se afiliara a cualquiera

de nuestras empresas, determinará que tengamos un paciente en el CTI con un altísimo costo. Dicho de otra manera: quienes no se afilien estarán en ASSE y en cualquier momento podrán cambiar de institución. Si se trata de instituciones con facilidades, no habrá ningún problema, pero si son organizaciones que están en el límite de su equilibrio económico financiero, esa situación podría determinar un brusco descenso en la cuantía de los ingresos.

Por otro lado, para nosotros es fundamental la permanencia de los afiliados FONASA a las instituciones, porque presenta un doble juego. Por un lado, si el límite de tiempo no se refleja en la ley nosotros hablábamos de dos años, pero la señora Ministra consideró un lapso de tres a cinco años, no podremos hacer inversiones, gestiones, ni proyecciones hacia el futuro, pues fijarnos metas y llevarlas adelante es una de nuestras obligaciones.

A su vez, un artículo en este proyecto indica que los padres harán la libre elección del prestador de salud para sus hijos. En principio estaría bien, pero si se tiende a fortalecer el sistema de atención primaria y al médico de familia, en el caso de que la madre se haga socia de una institución y el hijo de otra, se rompería el binomio madre-hijo, perjudicando lo que pretende el Ministerio de Salud Pública y el Gobierno para la atención primaria. Esto no es poca cosa; son dos elementos muy importantes. En definitiva, sería muy importante la permanencia de tres, cuatro o cinco años como se dijo al principio y que la libre elección sea con el padre o la madre la persona que trabaje pero en la misma institución. Esto nos perjudicaría porque tenemos menos socios DISSE que el resto del sistema, aunque es fundamental para el sistema que se quiere implementar.

Hay algunas observaciones sobre artículos, que son más de redacción que asuntos de fondo. En el literal a) del artículo 4º que refiere a los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud se establece: "Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente [...]". Como los elementos más importantes del medio ambiente son el saneamiento, la vivienda, la educación, el trabajo y la alimentación, creemos que de los U$S 1.500:000 que manejará la Junta Nacional de Salud se podría trasladar fondos para ese destino. Esto es algo que nos inquieta porque eso dependerá de quien esté al frente y de quien lo interprete, pues las interpretaciones pueden ser de distintas carpetas.

Entendemos que en algunos artículos establecen duplicaciones. Nosotros tenemos que enviar informes al Ministerio de Salud Pública y a la Junta Nacional de Salud.

En cuanto a la relación de los públicos y los privados consideramos que hay que establecer límites muy claros y concisos que indiquen bien las competencias porque, de lo contrario, esto llevaría a una inequidad absoluta.

Vemos con preocupación que este sistema, durante varios años, no se aplicará para el cien por ciento de los uruguayos, sino para una parte de la población, porque quedan excluidos varios integrantes de la sociedad. Hemos leído y releído con atención los principios de la 6a. y 7a. Convención Médica Nacional y los postulados de 1971 de la fuerza de Gobierno, y tenemos algunas discrepancias; estamos más de acuerdo con lo que se planteaba en 1971 que con lo actual.

Quiero referirme a la autorización para ingresar al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Acá hay dos temas. Por un lado, se dice que para ingresar al sistema de salud tenemos que hacer un contrato, que no conocemos y que queda para ser reglamentado en el futuro. Esto es preocupante. Nosotros, como instituciones, estamos habilitados y cumplimos con la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública. Si no lo hiciéramos, no podríamos ejercer y el Ministerio tendría que censurar a la institución, restringir su actividad o cerrarla. Entonces, ¿por qué tenemos que cumplir un contrato que no conocemos y firmar para poder ingresar al nuevo sistema? En consecuencia, este contrato de gestión es un elemento que nos preocupa muchísimo.

Lo que establece el artículo 17 es muy importante porque la Junta va a recabar la información necesaria; se trata de elementos de gestión pura, que no atañen al Sistema Nacional Integrado de Salud. El inciso a) del artículo dice: "Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica". Pensamos que esto está bien si las instituciones no son correctas y no cumplen con la normativa vigente. A su vez, el inciso b) establece: "Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica". Es decir que si yo quiero

poner un tabique para separar dos camas en una emergencia debo esperar la evaluación de la Junta para poder hacerlo.

Por otro lado, el inciso c) señala: "Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios". Por lo tanto, para comprar un estetoscopio o para cambiar una policlínica por ejemplo, puedo querer pasar mi policlínica de los viernes a la hora 20 para los sábados tengo que pedir permiso a la Junta y que esta tenga la bondad de decirme que sí; de lo contrario, no lo puedo hacer.

No podemos entender que se establezcan estas disposiciones porque estos aspectos hacen al diario vivir de cualquier empresa, sobre todo en el área de la salud.

Por otra parte, vemos que las tasas moderadoras no se eliminan. Estamos de acuerdo con que hoy en día las tasas moderadoras son un límite. Se nos ha dicho que han servido para limitar la asistencia. Quiero que quede bien claro aquí que es verdad que las tasas moderadoras limitan, pero desde el año 2002 las instituciones DISSE-dependientes hemos dado todos lo pueden verificar órdenes gratis de urgencia, de emergencia y de domicilio y dos medicamentos gratis; hemos bajado de un 17% a un 7% la recaudación de las tasas moderadoras con respecto a las otras instituciones.

Estamos de acuerdo en lo que refiere a los pacientes crónicos pero, ¿cuáles son los criterios básicos para hacer una reducción y cómo se va a financiar? Esto no está dicho y tampoco surgirá de la reglamentación futura.

Con respecto a la publicidad, creemos que hay contradicciones. Se dice que la publicidad se va a limitar. Hoy está limitada yo estoy en contra de esta medida, fundamentalmente, por lo establecido en el artículo 4º del documento que se firmó en el año 2001, que establece que cuando cierra una institución no se puede hacer publicidad y que, de acuerdo a la cantidad de afiliados que se adhieran a una institución, se determinará la cantidad de funcionarios no médicos que serán absorbidos por ella. Si uno tiene una publicidad ya contratada es difícil frenarla. Si se produce un cierre un viernes de noche, ¿cómo hago para frenar esa publicidad? Digo esto porque si yo sigo con esa publicidad puede inferirse que la institución está tratando de captar los socios de la institución que cierra, y eso es pasible de una sanción que puede ir desde las cincuenta hasta las quinientas Unidades Reajustables.

No voy a hablar sobre la competencia, porque ya hablamos de ello "grosso modo" y figura en los documentos que ustedes tienen.

Sí quiero referirme al financiamiento. El aumento de las cápitas será fijado directamente por el Gobierno sin que las empresas tengan algún elemento para cuestionar. Debemos tener en cuenta que el Poder Ejecutivo y el Ministerio de Salud Pública no siempre van a estar integrados por médicos o gestores de salud; esto lo hemos visto en el pasado y lo vemos en el presente. Por lo tanto, esto va a ocasionar una disminución de los recursos en salud y, en consecuencia, una disminución de las prestaciones de las instituciones. Es decir que debemos analizar y ajustar lo relativo al financiamiento; debemos ver cuáles son las salvaguardas. Para el sector de la educación se fijó un porcentaje del PBI. Entonces, busquemos establecer que este Poder Ejecutivo o el que venga porque esto no va a cambiar por muchos años salvaguarde de alguna manera la cantidad de plata que entra a la Junta, al seguro, para ser repartida al resto de las instituciones, de acuerdo con las cápitas que se fijen.

Por otra parte, se establece que no se pueden rechazar usuarios. Entonces, los usuarios que estén en un CTI público podrán trasladarse directamente porque se hacen socios de una institución; eso nos podría llegar a perjudicar muchísimo.

No voy a referirme al tema de las Cajas de Auxilio porque, seguramente, ya lo habrá hecho el Sindicato Médico del Uruguay. En este momento, estamos en contra de esta medida. Fíjense qué incomodidad: el Poder Ejecutivo establece que para bajar la inflación tenemos que bajar el 2,5% de la cuota y para financiar esto debemos resarcirnos con el 5% de los aportes patronales. Pero para salir del BPS necesitamos no menos de ciento veinte días y recabar las dos terceras partes del total de funcionarios, no solo de los que están en la Caja. Este proceso es muy largo y tedioso y todavía no lo ha hecho ninguna empresa. Además, en los últimos tres meses del año octubre, noviembre y diciembre tenemos que resarcir al afiliado en un 5%. O sea que perdemos el 5% porque tenemos que devolver un 2,5% más el 2,5% que cobramos los otros tres meses. Asimismo, no podemos resarcirnos del 5% que debíamos haber recabado por los aportes patronales que

hacemos a las Cajas de Auxilio, no al BPS. Este es un tema que hoy en día no está solucionado, cuyo impacto en las instituciones ya se está viendo y, de alguna manera, va a redundar en una disminución de los ingresos; cada empresa verá en cuánto reduce las prestaciones asignadas.

No voy a seguir hablando para no mezclar los temas. Simplemente quiero recalcar lo relativo a los poderes de la Junta, a por qué decimos que esto significa estatizar, a los ajustes de la cuota, a la permanencia de los socios FONASA en las instituciones y al hecho de que los hijos puedan ir a una institución diferente a la de los padres, fundamentalmente a la de la madre. No voy a recalcar lo que tiene que ver con la autonomía de gestión. Sí quiero mencionar al Tribunal de Alzada, que considero muy importante para poder recurrir.

SEÑOR ASTI.- Me anoté para hacer uso de la palabra para contestar algo que dijo la visita con respecto al artículo 72. Sin embargo, no voy a hacer ese comentario porque podría parecer que sobre las otras cosas que dijo no tengo nada que manifestar, cuando tengo mucho que decir. Simplemente, iba a salvar una aparente mala interpretación del artículo 72, pero no quiero que parezca que solo me quedo con esa observación, porque podríamos controvertir muchas de las cosas que dijo la visita; pero no creo que sea el ánimo de la Comisión controvertir a la visita sino escucharla. Luego, discutiremos este tema internamente en la Comisión y en el plenario.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia del doctor Durán y pedimos disculpas a los otros miembros de la delegación que lo acompañaban, que no pudieron esperar a ser recibidos debido a nuestro atraso. Estaremos en contacto.

(Se retira de sala el representante de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva)

(Ingresa a Sala la delegación de AFUCAR)

—— Damos la bienvenida a la delegación de AFUCAR, integrada por la señora Adriana Gómez y los señores Gerardo Ximeno y Carlos Lombardi.

SEÑOR XIMENO.- Agradecemos el tiempo que nos dispensan para hacer algunos aportes sobre el proyecto relativo al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Con fecha 3 de octubre del presente año, la Mesa Representativa de Funcionarios del Poder Legislativo envió una carta a todos los Diputados y Senadores, que dice: "Por la presente queremos hacerle llegar a ustedes, algunas consideraciones con respecto al Sistema Nacional Integrado de Salud, aprobado en general en el día de ayer, y en particular al artículo 59-1. En primer lugar queremos manifestar que en el espíritu compartimos la iniciativa de un sistema que brinde una mejor asistencia a toda la población. Los funcionarios del Poder Legislativo, como es de su conocimiento, tenemos desde hace más de 20 años un sistema de cobertura de salud. Dicho sistema que se reimplantó en el año 1985 fue parte de la negociación salarial del momento, por lo cual siempre se entendió como parte de nuestro salario. En la actualidad dicha cobertura es de total satisfacción para el 100% del funcionariado", y de los Secretarios de los legisladores que están comprendidos, "y en términos cuantitativos mucho más amplia y de mejor calidad que el sistema planteado. En consecuencia si nos modifican el sistema de cobertura nos veremos sensiblemente perjudicados en el servicio de Salud. El cambio propuesto tiene implícito una rebaja salarial, en virtud de que actualmente no pagamos ningún costo periférico de las prestaciones, y en el nuevo sistema tendríamos que abonar por todos los servicios. En consecuencia, vemos disminuido nuestro ingreso drásticamente. Por si esto fuera poco, en la reforma tributaria se estableció que estos montos que percibimos en especie, por seguros de salud, forman parte de la renta gravada a los efectos del IRPF. Esto significa que son considerados como parte de nuestro salario, y bastante más debimos pagar en consecuencia por este cambio tributario votado y aplicado recientemente. Concluimos entonces, que si nos fuera quitado el actual beneficio, esto sería una rebaja salarial que podría ser pasible de reclamaciones judiciales correspondientes. Hemos visto otro problema que no es para nada menor. Los ex funcionarios y cónyuges tienen actualmente la misma cobertura que los funcionarios activos. En el régimen propuesto estos no gozarán de beneficio alguno. Esta situación creemos que es sumamente injusta e innecesaria. Por último desde el punto de vista constitucional, el Poder Legislativo tiene según el artículo 108 de la Constitución, autonomía presupuestal. Esta autonomía se ejerce haciendo su propio presupuesto en los tiempos y con las mayorías de tres quintos que establece nuestra Carta Magna. Por lo que creemos que una ley común, que se aprueba con mayoría simple, no puede modificar el

presupuesto de ninguna de las Cámaras del Poder Legislativo, ni de la Comisión Administrativa. Cabe destacar que por los mismos motivos de inconstitucionalidad las Intendencias Municipales fueron dejadas afuera del sistema propuesto. Este punto podría ser motivo de innumerables recursos de inconstitucionalidad, lo cual generaría un gran perjuicio a la Administración. Por lo expuesto, creemos que sería conveniente que fuéramos excluidos del artículo 59-1 para evitar todos estos problemas".

Este fue el comienzo de las actuaciones de las asociaciones de funcionarios que convergemos dentro del Poder Legislativo.

A raíz de esto y de largas charlas con varios Senadores de los distintos partidos políticos, tanto del Gobierno como de la oposición, logramos que se introdujera un cambio y se propusiera un sustitutivo del artículo 59-1, que figuraba en la Hoja Nº 23 que tengo en mis manos. Dicho sustitutivo decía: "[...] Los créditos presupuestales habilitados a la Administración Central y a los organismos del artículo 220 de la Constitución de la República, para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud por aplicación del inciso precedente, financiarán los aportes establecidos en la presente ley, de acuerdo a lo que determine la reglamentación".

Y se incluía acá viene la diferencia, que finalmente resultó bastante ambiguo, pero vamos a tratar de ir remarcándolo para explicarlo a los señores Diputados el texto siguiente: "Los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que tengan coberturas médicas aprobadas por normas que no sean leyes, las mantendrán hasta que dichas normas sean modificadas por las respectivas autoridades competentes". Hasta ahí vamos bárbaro.

Finalmente dice: "Lo dispuesto en el inciso anterior no exonera a los mismos de aportar al Fondo Nacional de Salud, según corresponda por aplicación de las disposiciones de la presente ley".

Vemos que hay mucha ambigüedad en una cantidad de cosas, y no está del todo especificado qué va a pasar: si los funcionarios van a aportar o no el 1º de enero, si se va a esperar hasta el período presupuestal, como la Constitución de la República marca y como por suerte el Senado lo entendió, llevándolo al ámbito presupuestal de 2008 para ambas Cámaras. No sabemos qué decir a los compañeros que trabajan con nosotros en la Cámara.

Hemos hecho unas cuantas consultas a varios juristas dada la ambigüedad de muchas de las cosas que en estos momentos estamos leyendo y sobre las que no hemos tenido una respuesta que nos dé un panorama por lo menos a mediano plazo de qué va a pasar.

El contador Olesker decía que las Intendencias no iban a estar abarcadas como así tampoco los Ministerios del Interior y de Defensa. También hablaba de que el líquido no podía disminuir.

De la página 26 de la versión taquigráfica de la sesión a la que concurrió el economista Olesker y la señora Ministra de Salud Pública vamos a extractar algo que, inclusive, nos sigue dando la misma sensación de ambigüedad e inseguridad que tenemos todos los funcionarios en este momento. El señor Diputado González Álvarez que está presente en Sala decía: "Cuando pregunté en concreto al economista Olesker si los funcionarios del Poder Legislativo iban a tener que pagar su aporte, él me contestó que sí, que iban a pagar el 4,5% o 6%, según lo que correspondiere. Quiero que me explique si cuando se dice 'a los efectos de que no tuviese una disminución de sus salarios' ello implica lo siguiente. Si el 1º de enero a los funcionarios les sube un 10% su salario, en vez de incrementárselo en ese porcentaje se les otorgará el 9% o el 8%, porque el resto irá a financiar lo que se tiene que pagar. ¿El funcionario no va a tener el aumento exacto que corresponda, en efectivo? Supongamos que nuestros funcionarios reciben el mismo aumento que el resto de los funcionarios, o sea que todos los funcionarios tienen un aumento del 10% u 11%, pero como van a tener que pagar el seguro de salud, efectivamente, en el bolsillo, en el líquido, o como usted quiera llamarlo, ¿van a tener un 1%, un 2%, un 3% menos, progresivo? Es decir, en el primer aumento un 2%, en el próximo otro 2%, en el correr de tres años". ¿Cómo va a ser? Preguntaba el señor legislador en ese momento, quien ahora asiente con la cabeza.

También señaló: "Estoy de acuerdo con el economista Olesker en que eso se va a acordar, pero ¿quiere decir que del aumento se le va a retacear la parte que corresponde para cumplir con esto o se le va a dar por encima de la pauta salarial que exista para todos? Esa es mi pregunta concreta sobre el tema".

Luego, hubo algunas interrupciones de otros señores legisladores y el economista Olesker respondió diciendo: "Creo que hoy no podemos dar una respuesta exacta de cómo va a ser ese proceso de negociación. Depende de cuál sea la pauta de ajuste salarial, depende de cuánto se incorpore en esa pauta de ajuste salarial para incluir globalmente el tema del seguro de salud y el ajuste salarial. Eso es algo que la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública estamos discutiendo, entre nosotros y con los propios gremios. Es público que ya ha habido negociaciones con algunos gremios sobre cómo se hace la dialéctica entre el ajuste salarial y la incorporación al seguro. O sea que no podemos hacer una afirmación de cuánto va a ser ese aumento y cómo se va a procesar el mecanismo de negociación para que el 1º de enero el seguro de salud pueda aplicarse efectivamente y sea compatible con el ajuste salarial y con el salario de los trabajadores".

Nosotros leemos esto, señores legisladores, y con el mayor de los respetos les decimos que seguimos con la misma interrogante que tenía el señor Diputado; no sé si a él se le develó la incógnita. Nosotros seguimos con la misma duda. Antes de ayer tuvimos la reunión mensual que mantiene la Asociación de Funcionarios con el Presidente de la Cámara de Representantes, señor Diputado Enrique Pintado, y los señores Secretarios. En esa oportunidad, planteamos la pregunta que teníamos agendada en el número 3. Si bien por una cuestión de tiempo no voy a detallar todo lo que hablamos, quiero decirles que no hubo respuesta de parte del Presidente ni de los Secretarios, y nos fuimos con la misma interrogante.

Quiero que entiendan que nosotros debemos trasmitir a los compañeros de la Cámara cuál será el tratamiento que se dará a lo que viene del Senado; cuáles serán la postura, las modificaciones, etcétera, si los funcionarios tendrán que aportar o no, si vamos a quedar fuera o dentro del inciso. Esta es una incógnita que hasta el día de hoy no hemos podido develar. No tenemos claro cuáles van a ser los procedimientos.

Nos hemos asesorado un poco, y los juristas han señalado no quien habla, que es un simple funcionario que conjuntamente con otra cantidad de compañeros trabaja muy fuertemente defendiendo los derechos de los funcionarios de la Cámara una serie de cuestiones que queremos referir.

En uno de los informes el acápite dice: "análisis preliminar de la regularidad jurídica de la modificación unilateral del Seguro de Salud del personal de la Cámara de Senadores". A continuación se establece: "En virtud del artículo 59/1 del Proyecto de ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud [...]" donde se habla de las propuestas de modificación al proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud aprobado por la Comisión de Salud integrada con la de Hacienda en las Cámaras "se dispone que 'Quedarán incorporados al Seguro [...]'", y vuelve a repetir todo lo que habíamos dicho al principio, es decir, nos ingresan en este Sistema.

Vamos a las referencias concretas del informe, que dice: "2. Dicha norma no contenida" nunca lo estuvo "en el Mensaje del Poder Ejecutivo ni en el texto sustitutivo elaborado por la Comisión de Salud Pública integrada con Hacienda y que, por ende, no fue objeto de análisis ni de consultas, produce gravísimos perjuicios al personal de la Cámara de Senadores. 3. En efecto, prescindiendo de otros antecedentes anteriores al período de facto, desde la aprobación en 1985 de los presupuestos internos de la Cámara de Senadores y de la Comisión Administrativa del Poder Legislativo, existe un 'Seguro de Salud para los funcionarios del Senado, el que comprenderá a sus familiares hasta el primer grado de consaguinidad, el o la cónyuge del funcionario, hijos adoptivos, menores e incapaces a su cargo...'".

Esto es sabido; no estoy señalando nada que no conozcan ya los señores legisladores.

Después dice: "4. Además, de acuerdo a lo informado, el régimen beneficia también al personal jubilado [...]". Y continúa: "5. De la simple lectura comparativa del régimen vigente (según las normas presupuestales del Senado) con el proyectado (resultante de la ley de creación del SNIS), fácil resulta advertir que se infiere un profundo agravio a los sujetos comprendidos. 6. Desde el punto de vista económico, el perjuicio es evidente ya que se produce una sensible rebaja salarial, como consecuencia de que los beneficiarios y beneficios comprendidos en el régimen vigente son sustancialmente mayores a los proyectados. 7. Como consecuencia de ello, se producirá asimismo una merma significativa en la cantidad y calidad de servicios asistenciales cubiertos al presente. 8. Asimismo, los jubilados de la Cámara de Senadores se verán privados de la cobertura de que gozan actualmente a una edad y en unas condiciones en las que las posibilidades de cambios o acceso a financiamiento diferente prácticamente no existen, con lo que se los expulsa del sistema".

Más adelante, en el punto 10 se expresa: "En efecto, mientras que se mantiene el régimen actual a militares y policías, se despoja del mismo, entre otros, al personal del Poder Legislativo sin que exista ninguna razón que justifique tal discriminación, máxime cuando la misma es para rebajar la cantidad y calidad de beneficios actuales y de beneficiarios comprendidos".

Posiblemente esto cambie; tenemos la esperanza de que sea así porque hay indicios no somos tontos por parte de la Cámara de Senadores en el mensaje que mandó a los señores Diputados. Lo que nos preocupa es lo que sigue, ya que en el punto número 11 se plantea que "por la vía de la ley, se modifica el presupuesto aprobado por la Cámara de Senadores al amparo del art. 108 de la Constitución, el cual, por tanto, también resulta violado. 12. Obsérvese que se dispone una modificación de los créditos presupuestales vigentes 'de acuerdo a lo que determine la reglamentación' que seguramente dictará el Poder Ejecutivo. 13. En tal aspecto, se verificará un tercer apartamiento de la Carta ya que, mediante Decreto del Poder Ejecutivo, se reglamentarán aspectos referidos al tratamiento del personal del Poder Legislativo en lo que hace a sus derechos funcionales y régimen presupuestal consiguiente".

Luego, se dice: "De las consideraciones sucintamente expuestas en los párrafos que anteceden, se desprende que la disposición que da mérito a este memorandum es sumamente agraviante a la vez que contraria a nuestro ordenamiento constitucional. 15. En su mérito, la no esperada aprobación de la misma aparejará acciones de inconstitucionalidad [...]".

Esto lo dice el doctor Carlos Delpiazzo.

Si es posible, nosotros quisiéramos tener una respuesta acerca de cuál va a ser el tratamiento, cuál va a ser la perspectiva a mediano plazo que va a tener eso porque estamos muy preocupados, sumamente preocupados. | Sabemos que puede haber un agravio en el sueldo de los funcionarios; nuestras partidas para salud han sufrido un incremento porque están gravadas por el IRPF.

Necesitamos saber qué va a pasar para dar una respuesta a los compañeros de la Cámara, como ha ocurrido con otros gremios que han pasado por aquí a plantear sus preocupaciones. En definitiva, hemos tratado de asesorarnos y hemos extractado partes que fortalecen nuestra postura, que más que nada es para pedir una respuesta. Creo que eso es muy válido por parte de la Asociación, en el sentido de que tenemos que trasladarla a los compañeros. Estamos para satisfacer las expectativas sobre su futuro. Entonces, les cedemos la palabra para ver si va a haber alguna modificación o se nos brinde un panorama de cómo se va a dar tratamiento a este tema.

SEÑOR TROBO.- Nosotros también tenemos dudas sobre cómo se aplicará este artículo y qué efecto tiene sobre el ingreso de los funcionarios. Me gustaría que quienes estén de acuerdo con ese artículo expliquen de qué modo opera.

SEÑOR ASTI.- En esta Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social estamos tratando el proyecto en general; luego lo estudiaremos en particular. Más allá de que sea en general o en particular, este artículo y el actual artículo 68 tienen un carácter general que contempla a una serie de funcionarios públicos. Algunas de las apreciaciones que realizan los funcionarios de la Cámara, en uso de su lógico y reconocido derecho gremial de interesarse por los asuntos que corresponden a su colectivo, no es esta Comisión la que tiene que resolverlas, dado que estamos viendo cómo afecta el proyecto a todos los funcionarios públicos y no a quienes precisamente trabajan con nosotros en la Cámara. Dada la autonomía que tiene el Poder Legislativo en su Presupuesto y las relaciones que ellos mantienen mensualmente con las autoridades de ambas Cámaras y de la Comisión Administrativa, es en esos ámbitos donde, una vez aprobada la ley, se va a discutir la forma de implementar cada uno de los artículos que tienen que ver con la retribución de los funcionarios que quedan incluidos en este Seguro Nacional de Salud. Creo que desvirtuaríamos el papel de esta Comisión si a unos funcionarios por más que sean quienes trabajan en esta Casa les diéramos información antes de la aprobación de la ley e información distinta a la que tienen otros funcionarios públicos

Todos los funcionarios van a tener que tramitar la adecuación de las normas, fundamentalmente en lo que tiene que ver con el artículo 68, cuando dice que aquellos funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que tengan coberturas médicas aprobadas por normas que no sean leyes este es el caso las mantendrán

hasta que dichas normas sean modificadas por las respectivas autoridades competentes. Queda claramente establecido que son las autoridades competentes en este caso las del Poder Legislativo quienes van a tener que adecuar, en función de sus normas presupuestales, como muy bien decían los funcionarios, la inclusión de estos aspectos a nivel del tema retributivo. Esa es mi posición personal. Pido a los funcionarios que entiendan que no es un desconocimiento a su función, pero no somos nosotros quienes nos relacionamos con los funcionarios del Poder Legislativo sino que estamos analizando el proyecto de ley general que abarca a todos los habitantes del país, como reza el articulado, y en particular a los funcionarios públicos.

SEÑOR POSADA.- Está claro que no compartimos este artículo, pero de su lectura se puede sacar en limpio que la cobertura de la que actualmente gozan los funcionarios del Poder Legislativo va a seguir vigente. Lo otro que se saca en limpio es que van a tener que aportar en los niveles establecidos. Es decir que mientras no haya una modificación en el Presupuesto de cada una de las Cámaras y de la Comisión Administrativa, de acuerdo con lo que dice el inciso tercero del artículo 68, no debiera haber modificación de la cobertura en materia de salud. El último inciso establece claramente para estos funcionarios el mismo nivel de aporte que el resto de los trabajadores activos a nivel del sector público o privado.

SEÑOR GONZÁLEZ ÁLVAREZ.- Indudablemente, la situación de los funcionarios fue planteada por mí cuando estuvo el Ministerio de Salud Pública con el economista Olesker, que es el ideólogo principal del proyecto de ley que estamos tratando. Al igual que mi colega Posada, creo que el seguro de salud va a continuar, pero van a tener que pagar el 4,5% o el 6% sobre sus ingresos nominales. Eso lo dijo el economista Olesker, y agregó que en las negociaciones salariales podrán obtener o no, sobre el aumento que les corresponda, un plus para pagar ese 4,5%. Eso lo dijo claramente. También dijo que ya es público que ha habido negociaciones con algunos gremios. Diría que ustedes están un poco acollarados a los bancarios, que están haciendo algo similar. Veremos la suerte que tengan los bancarios para que puedan utilizarlo como antecedente.

En definitiva, el 1º de enero les van a descontar el 4,5% o el 6%, como a todos los trabajadores del país. Si con eso van a tener una rebaja salarial o no, es discutible, pero en esa fecha todos los funcionarios del Estado van a tener un aumento salarial del 10% o el 11%, no sabemos con exactitud la cifra. Dentro de ese aumento puede ser que pierdan el 6% o que en lugar del 11% les den el 17%. Esa es la interpretación que hago de esta norma. Eso se conversará después de que la norma sea aprobada. Lo que hace esta Comisión es escucharlos y puede recibir una inquietud de ustedes para modificar la ley, pero la interpretación que hago es la que me dio el economista Olesker, que creo que ustedes la entendieron. Dijo con total claridad que van a pagar, y después dice que eso va a depender de los ajustes salariales. Como a ustedes les van a subir los salarios, no van a ganar menos que lo que ganan hoy. Puede ser menos de lo que les correspondería con el aumento, pero eso se verá.

O sea que la interpretación que nosotros hacemos es que a ustedes les van a descontar, a menos que se logre que esto no entre en vigor el 1º de enero. En realidad, no sé si esto entrará a regir el 1º de enero; la reforma tributaria iba a entrar en vigor el 1º de enero, pero comenzó a regir en julio, así que tal vez esto tampoco entre en vigencia en la fecha prevista. Y si entra en vigor el 1º de enero sabemos que en los primeros cuatro o cinco meses habrá catorce o veinte perforaciones, como pasó con la reforma, porque en esto hay cantidad de cosas que están en el aire. Lo que pase dependerá de los grupos de presión que haya y de lo que hagan, porque el Gobierno a veces pone primera, todo apurado, para subir el repecho, pero después enseguida pone la marcha atrás.

Mi interpretación personal es la que se desprende de la charla con el equipo del Ministerio. Fueron categóricos: sí les van a descontar a partir del 1º de enero. En cuanto a lo demás, a lo mejor es como dijo el señor Diputado Asti: se verá qué negociaciones salariales logran con la patronal.

Ustedes no deben tener dudas acerca de que nosotros estamos preocupados, porque si alguien hizo el planteo por ustedes fue este legislador, y fue muy claro, porque veía que venía mal desde el Senado. Y a propósito, no entendí mucho lo que se dijo acerca de que había un instructivo hecho para los Senadores; no entendí lo que quiso decir. Se dijo: "Acá ya hay una interpretación hecha para los Senadores", y se mostró una hojita. No sé a qué se refería.

(Diálogos)

—— No hablo del informe de Delpiazzo sino de otra hojita.

Repito: a nosotros nos ha inquietado el tema que les preocupa a ustedes, hemos preguntado al respecto y la respuesta que obtuvimos fue esa. Que ustedes queden conformes o no dependerá de lo que podamos hacer de ahora hasta el miércoles, cuando esto se va a votar; me refiero a incluir o no determinadas cosas, a introducir modificaciones, etcétera. Ustedes nos dejarán sugerencias que reflejen lo que pretenden y la Comisión verá si puede o no contemplarlas.

SEÑOR POSADA.- Se hicieron menciones directas a los jubilados, y yo creo que ellos no son afectados por este proyecto porque no están incluidos en el sistema. Por lo tanto, esa situación seguirá tal como hasta ahora.

SEÑOR GANDINI.- Antes que nada quiero manifestar mi radical discrepancia con la interpretación y con la respuesta que el señor Diputado Asti da a la delegación que nos visita. No se puede decir que vinieron a la Comisión equivocada. Creo que vinieron, como todos los otros funcionarios que han llegado aquí y que hemos recibido, a la Comisión adecuada.

Se da como respuesta que después de que esté aprobada la ley tendrán que negociar con otra instancia del Poder Legislativo. Pero antes de que esta se apruebe, ustedes tienen que preguntarle a quienes van a levantar la mano para aprobar este artículo qué es lo que van a estar votando. ¿A quién se lo van a preguntar si no a quienes todavía no lo han dicho?

Yo comparto algunas de las cosas que los colegas de mi Partido y del Partido Independiente han dicho; otras no las comparto, no porque esté en contra sino porque me dejan dudas. Lo único que me va a sacar las dudas es que me digan qué están votando los que van a votarlo. Yo lo voy a votar en contra, y quisiera saber igual que ustedes qué están votando los que están votando. ¡Que se los digan! Y, si no, que pidan un intermedio y se lo pregunten a los que mandan, que son los del Poder Ejecutivo. ¡Si no lo saben, que lo averigüen, porque si no les dan la respuesta a ustedes, nos la tendrán que dar a nosotros en el debate!

Una constante que se ha repetido aquí, delegación tras delegación, es la incertidumbre que genera este proyecto a muchos de los afectados. Muchos han venido a decir aquí que están de acuerdo con la reforma de la salud, salvo para ellos; esa es la otra constante. En la teoría y en el título están todos de acuerdo, pero en cómo afecta a cada uno, la gran mayoría está en contra.

Pero también se ha hablado lo hizo, por ejemplo, la delegación de la Asociación de Laboratorios Nacionales de incertidumbre. Bueno, que digan a la delegación y a nosotros qué es lo que están votando. De paso, también podrían decirnos si en esta formulación genérica están incluidos los Ministros, los Subsecretarios y los demás cargos de particular confianza de todo el Gobierno. Capaz que sí; no lo sé, pero deberíamos decirlo, porque esos son funcionarios diferentes a los demás. Entonces, a lo mejor, como el artículo se pone taxativo, tal vez habría que decir que los Ministros y los demás cargos de particular confianza política del Estado quedarán en la misma situación.

Lo que nos importa ahora es saber qué es lo que están votando quienes lo van a votar, cómo lo interpretan. Nosotros lo interpretamos de una manera, pero la Administración tiene derecho a interpretarlo de otra y puede aplicarlo de forma diferente. Pero no le digamos a la delegación que se vaya con menos de lo que trajo, porque mañana por la mañana no el año que viene estaremos votando, o sea que a esta altura debemos saber qué es lo que vamos a votar.

SEÑOR ASTI.- Creí haber sido claro. El artículo 68 tiene cuatro incisos; yo hice referencia al tercero, en el cual está el planteo fundamental que podemos dar como respuesta hoy a los funcionarios. Vuelvo a repetir: no hablo de estos funcionarios considerados como distintos de otros funcionarios públicos porque pertenecen a esta Casa; dado el carácter de generalidad que tiene esta Comisión y habiendo instancias en las que los funcionarios pueden hacer el planteo como ellos mismos dijeron ante el Presidente de la Cámara de Diputados y ante otros señores legisladores que integran las Comisiones que se relacionan con ellos, lo pueden hacer en ese carácter de relacionamiento entre quien contrata y quien brinda los servicios funcionales.

Los dos incisos que tienen relación en este caso son los que refieren a que aquellas coberturas médicas aprobadas por normas que no sean leyes el caso de los funcionarios del Poder Legislativo está claramente incluido, los cuales se mantendrán hasta que dichas normas no sean modificadas por las respectivas autoridades competentes, en este caso el Poder Legislativo. Si alguien no entiende o quiere decir que yo no fui claro al decir esto, le repito que es así como lo digo.

Por supuesto, por la generalidad que esto tiene para todos los casos, lo dispuesto en el inciso anterior no exonera de aportar al Fondo Nacional de la Salud. Por eso hemos venido defendiendo el hecho de que en este sistema están todos integrados y de todos aquellos que tendrán el beneficio del seguro deberán aportar. Eso es lo que vamos a votar, lo que conscientemente vamos a votar para todos aquellos funcionarios que estén en la misma situación, ya sean del Poder Legislativo o de cualquier otro organismo público que tenga normas aprobadas que no sean leyes. Si eso no se quiere entender por parte de algunos señores Diputados, no se entenderá; nosotros reiteramos: esa es la norma. Repito que la especificidad de cómo va a tratarse no es objeto de esta Comisión, porque es objeto de las Comisiones que mantienen el relacionamiento con los funcionarios en lo que tiene que ver con la negociación salarial y con los demás beneficios que de la relación funcional se desprenden.

SEÑORA CHARLONE.- Voy a plantear qué es lo que interpreto del artículo 68 mirando cómo quedó y cuáles son sus antecedentes.

En primer lugar, indudablemente se incorpora al Poder Legislativo al seguro; eso está claro. Me parece que por la forma en que quedó redactado el tercer inciso también está claro que ustedes mantienen todos los beneficios de cobertura que hoy tienen, en tanto estos fueron fijados por regímenes especiales para las dos Cámaras.

Con relación a los aportes, hasta este momento me queda claro que están comprendidos en el régimen de aportes y que, de acuerdo con el régimen general, también es uno de los ítemes a deducir del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. Pero en este punto se me genera una duda, porque entra la negociación.

Si nosotros miramos los antecedentes del artículo advertimos que se dice que los créditos presupuestales habilitados "para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud por aplicación del inciso precedente, financiarán los aportes establecidos en la presente ley de acuerdo a lo que determine la reglamentación".

Esto se abre en el artículo sustitutivo en dos incisos y en uno contempla los aportes para la Administración Central y para los organismos del artículo 220 de la Constitución, pero nunca lo podría decir vía reglamentación para el Poder Legislativo, porque jamás se podría decir que los aportes van a estar contemplados o que la reglamentación va a decir cómo se cubren en ese caso ya que ahí sí estaría violando la autonomía presupuestal de cada Cámara. Entonces, en definitiva, ha de ser cada Cámara en su Presupuesto la que determine. Al día de hoy, sin duda hay que aportar el 6%, pero va a ser cada Cámara en su Presupuesto la que determine si en definitiva lo va a cubrir del sueldo o va haber algún tipo de compensación que lo cubra, pero no podría decirlo nunca la ley porque si no, se estaría decididamente interviniendo con la autonomía presupuestal del Poder Legislativo. Yo reafirmo que este es un claro tema de negociación.

SEÑOR MUJICA.- Mi interpretación del artículo 68 que viene del Senado es que también es muy claro en dos aspectos. En el penúltimo inciso deja claro que el tipo de cobertura médica que los funcionarios del Parlamento van a tener es la misma que la actual. Y el último dice que por ese servicio van a pagar el 6% o el 4%, como corresponde al sistema que se está creando.

Obviamente, lo que no dice es si en la próxima negociación salarial van a incorporar en detrimento o en incremento ese costo que puede ser adicional o no, porque depende no solamente del nivel de retribución sino de la estructura familiar de cada uno. No lo podría decir, como acaba de expresar la señora Diputada Charlone, porque estaría violando la reglamentación, pero además porque en última instancia, no puede prever qué se va a negociar.

Yo interpreto y me parece bastante razonable que el sistema de cobertura que tienen sigue igual y que comienzan a pagar como el resto de los funcionarios y los parlamentarios, de acuerdo con el seguro. Obviamente, si ese aporte es adicional, en la próxima negociación salarial que los funcionarios hagan lo

incorporarán o irá en detrimento del ajuste que venga. Eso no lo va a decir la ley sino que depende de una negociación. Agrego, además, que no depende de una negociación no solamente en el caso de los funcionarios del Palacio sino también en el de muchos funcionarios públicos en todo el país.

SEÑOR XIMENO.- El tema es que yo me estoy comprando la bicicleta pero no estoy negociando el precio en el momento en que me la compro. Ese es el tema. Me estoy comprando un auto y tampoco estoy negociando el precio del auto en el momento en que me lo compro. Primero pago y dentro de siete meses, en julio de 2008, voy a negociar. Esa es la gran problemática.

Le agradezco a la señora Diputada Charlone que fue muy clara y muy aplomada en las apreciaciones, de la misma manera que el señor Diputado Mujica. El tema es ese: que estamos empezando a pagar algo antes de tener la instancia de una negociación.

Por otro lado, por lo que he escuchado a varios legisladores, sobre todo al señor Diputado González Álvarez, me hago la pregunta de si este es el lugar donde yo tengo que venir a negociar, porque hay un abismo entre lo que dice el señor Diputado González Álvarez y lo que dice el señor Diputado Asti. Entonces, reitero, me pregunto: ¿es el lugar donde tengo que venir a negociar o no? ¿Es el lugar donde tengo que venir a plantear las aspiraciones o no? Yo pienso que es acá.

Yo voy a tocar un tema personal que está muy guardado dentro de mí pero creo que viene al caso. Yo soy un tipo que cree mucho en la democracia. Tengo una tía desaparecida y una vez traje ese tema a una Comisión del Parlamento la señora Secretaria estaba presente y nunca se expidió. Entonces, como yo creo mucho en la democracia y en el poder que tienen los legisladores porque el verdadero poder tiene que pasar por ellos es que yo estoy acá, conjuntamente con mis compañeros. Nosotros podemos volver a replantear el tema y dejarles la incógnita. Es como si yo me estoy comprando algo, una moto o lo que quieran, pero no tengo la instancia de negociar, tengo que empezar a pagar y después empezar a negociar a mitad de 2008.

Reitero: soy una persona muy creyente en la democracia, siento un gran respeto por todos los señores legisladores que están presentes; quiero que eso les quede clarísimo. Pero llamo a la reflexión con respecto a eso, porque este articulado, como han explicado todos los señores legisladores tanto del Gobierno como de la oposición entiendo la posición de cada uno, nos deja nuevamente con un tema que para nosotros es totalmente ambiguo. Es algo así como pagá y después ves; no hay una instancia de negociación en el medio.

SEÑOR TAJAM.- Coincido con la señora Diputada Charlone y el señor Diputado Mujica en el sentido de que acá hay dos temas. El Estatuto del Funcionario les garantiza que continúan teniendo las actuales prestaciones porque el artículo 68 es claro en el sentido de que esta ley no los va a afectar en ese aspecto. Es igualmente claro el otro punto que establece que van a ser aportantes del sistema, y de alguna manera ese aporte va a llegar a financiar parte del Fondo.

Por otro lado, tenemos la duda de si el aporte vulnera o no el Presupuesto de la Cámara. Ahí entran las consideraciones que se han hecho en la medida en que el mismo presupuesto y las remuneraciones de ustedes que lo integran han sido fruto de esa negociación a que estamos haciendo referencia. Por lo tanto, es muy difícil expedirse en ese sentido.

Yo agregaría algo más y es algo que se dijo acá muy claramente: aparte de que cada funcionario entra con ese aporte al Fondo Nacional de Salud, también, al igual que en el sistema anterior, lo va a descontar del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. Es otro elemento que integra toda esta reflexión que estamos haciendo.

SEÑOR GONZÁLEZ ÁLVAREZ.- El representante de los funcionarios dijo que empezaban a pagar ahora e iban a conversar después. No, no es así. El 1º de enero hay un aumento salarial de un 10 o un 11%; los demás lo están conversando. A ustedes les van a descontar lo que yo les dije, lo que les dijo Olesker, no es que ustedes tengan que esperar un año, dos, tres o cinco para conversar de este tema. Lo pueden conversar. Ganan, pierden o empatan, como en todas las negociaciones. No es que tengan que esperar para hacer el planteo salarial dos o tres años. Esa es la realidad. El 1º de enero les van a empezar a descontar. El economista Olesker dice que la negociación salarial se puede hacer en cualquier momento; además, hay otros que ya están discutiendo este tema. Yo veo muy claro todo lo

que dijo el economista Olesker; yo lo interpreto así. Hay que leerlo varias veces y quizás ustedes lo interpreten igual.

SEÑOR VEGA LLANES.- En estas Comisiones, sobre todo cuando son medio grandes y no nos conocemos por trabajar todo el tiempo, venimos bordeando entre que discutimos y no discutimos. Supuestamente recibimos delegaciones para escuchar sus inquietudes y luego discutir pero, por el medio, hacemos alguna consideración sobre cierto tema en particular. Quiero dejar por lo menos aclarado uno de los temas planteados. El señor Subsecretario del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, ingeniero agrónomo Agazzi, optó por Salud Pública. Si optó, entiendo que debe estar comprendido, y como no hay excepciones en la ley supongo que todos los cargos de confianza y todos los Ministros están en la misma situación. Quizás alguno no optó por Salud Pública, pero es otra cuestión.

Más allá de toda esta situación, he sido uno de los que empujó para ingresar a todos los funcionarios públicos a todos al Sistema Nacional Integrado de Salud y al Seguro. ¿Cuál es la situación que tenemos en la Administración Pública? Quienes participamos, cuando trabajábamos, en los parientes pobres no solo teníamos salarios muy bajos sino que no teníamos seguro de nada, ni de salud, ni de enfermedad ni de nada. Sin embargo, había sectores privilegiados como los bancarios, etcétera, que como tenían capacidad de presión lograban de todo.

ANCAP tenía y tiene un sistema de salud muchísimo mejor que el de la mayoría de los funcionarios públicos. ¿Y los dejo afuera? Entonces, sigo generando injusticia sobre injusticia.

(¡Apoyados!)

—— Me hago cargo esto es ideológico y filosófico de que yo hice hincapié en que todos los funcionarios públicos debían estar integrados sin excepciones a este sistema, incluido el Ministerio de Salud Pública, porque creía que indebidamente había salido del tema del FONASA. Esto lo defiendo acá y donde sea porque creo que esa es una cuestión básica. Es más: si lo hubieran permitido, hubiese metido a algún otro que quedó fuera. Me parece más justo que la gente que vive de rentas de capital, etcétera, también integre y pague el Sistema Nacional Integrado de Salud. La justicia sería que todos pagáramos según lo que nos ingresa por rentas de capital o por lo que fuere. Hay limitaciones y lo acepto. Inclusive, hemos aceptado que el Hospital Militar y el Hospital Policial, por sus características especiales, no estén integrados en esta etapa; pero el resto está todo. No están incluidos los militares ni los policías porque cualquiera puede imaginar que es por cuestiones económicas; de hecho, los salarios no son demasiados altos, más bien integran los parientes pobres del Estado.

Reitero: me hago cargo frente a quien sea, a los funcionarios del Palacio Legislativo, de la Universidad o de ANCAP, de que yo fui firme impulsor y defensor del ingreso de todos los funcionarios públicos a este sistema. Después vienen los problemas que uno no conoce, que son las cuestiones reglamentarias, de leyes, etcétera, que terminan diseñando una forma distinta.

Los funcionarios del Palacio Legislativo van a contribuir al Fondo Nacional de Salud como todos los funcionarios públicos de este país, salvo las excepciones que mencioné. No conozco la situación del Palacio, pero si en la Universidad de la República hoy se paga el 5% y el 6%, es decir, el aporte patronal, y el 6% o el 4,5% que corresponde pagar al funcionario, ahorra dinero porque lo que paga como seguro de salud es carísimo.

En el Hospital de Clínicas le pagan la mutualista porque se va a atender el interesado y otro más; termina ahorrando. Formará parte de la negociación que hagan los funcionarios de la Universidad para que el dinero que presupuestalmente ya está asignado pueda destinarse a cubrir la diferencia salarial. ¿Hará lo mismo el Poder Legislativo? No sé.

La pregunta que vienen a hacer los funcionarios es muy clara. ¿Van a estar integrados al Fondo? Así es. ¿Van a mantener la situación que tienen hasta ahora? Sí, la van a mantener, porque en ese aspecto la ley no deja ninguna duda. ¿Tienen que venir a esta Comisión a plantear esa duda? Creo que no; eso tienen que negociarlo con el Presidente y los Secretarios de la Cámara. Digo esto porque la Comisión puede recibir una sugerencia

con respecto a cómo debería estar redactado este artículo eso estamos dispuestos a considerarlo o si habría que hacer alguna salvedad.

Estoy de acuerdo con el señor Diputado Asti no tiene necesidad de que yo lo defienda en cuanto a que esta solicitud debería ser hecha a través de los canales normales; de lo contrario, entraríamos en un entrevero y en una mezcla de cosas que me parece no es lo adecuado. En esta Comisión puedo venir a plantear las discrepancias y las sugerencias que pueda tener sobre un proyecto de ley, pero no a preguntar cuál va a ser mi destino.

Como ya lo dijo el señor Diputado Gandini al final el señor Diputado García tiene razón al decir que nos referimos a los otros por el costado, hay mucha gente que puede venir a plantear incertidumbres; eso es cierto. Pero hay algunos que se olvidan que han vivido en la incertidumbre. Aquí cerraron ocho mutualistas no hace tanto y hay dos que están intervenidas por problemas económicos. No me vengan a decir que el sistema mutual estaba recontra estable, que el sistema de salud era la mar de tranquilo, y que ahora vamos a arriesgar la estabilidad que ya no tiene, como se dijo en algún momento.

A las autoridades de los laboratorios nacionales que también plantearon alguna incertidumbre debo decirles que no las creamos por esta ley; lo sabían desde antes. Esta ley no va a generar cosas nuevas, cosas distintas ni nada; va a generar la incertidumbre que ya existe pero que no tiene que ver con la ley. Digo esto porque como se han hecho consideraciones con respecto a este tema, me parece bueno aclararlas.

Reitero: fui, soy y seré defensor de que todos los funcionarios públicos se integren al Fondo Nacional de Salud. Soy y seré defensor de que quienes estén en determinadas situaciones sean contemplados en una etapa de este período a fin de que se les asegure que no pierdan lo que ya tienen, y soy defensor de que integren el Fondo Nacional de Salud. Después, cada uno tendrá que negociar con su patrón que sería el Estado en sus distintas expresiones la manera de que no se pierdan niveles de ingreso. De hecho, ANCAP y los bancarios ya lo están haciendo y creo que con éxito.

Esta es la respuesta que hay que dar.

SEÑOR GANDINI.- Lo que se está diciendo aquí es que los funcionarios del Poder Legislativo van a pagar más por lo que ya tienen. Eso queda claro.

(Interrupciones)

—— Sí; van a pagar el 4,5% o el 6% de su salario y van a gozar del mismo seguro que ya tienen. Eso es lo que se dice. Están dentro del Seguro y no están dentro del Sistema. Van a tener lo que ya tienen. Eso es lo que se les está asegurando. Siguen las mismas normas de cobertura pero van a pagar el descuento como todos los funcionarios. Es decir, van a pagar más por lo que ya tienen.

Por otra parte, está bien que los funcionarios vengan acá porque este artículo empieza diciendo "Quedan incorporados al Seguro Nacional de Salud" y después se cita a los funcionarios del Poder Legislativo. Si sacamos esa frase ya no tienen más dudas. Eso es lo que negocian acá: si están dentro o no. Después de que están dentro y se apruebe el proyecto de ley, negociarán con otros. Pero se nos pregunta a nosotros esto; están dentro, obviamente, y las consecuencias se les acaban de aclarar: van a pagar más por lo que ya tienen.

Lo que sí me parece que no está bien es sugerir y ha sobrevolado por acá que después vayan al patrón esto no lo dijo el señor Diputado Vega Llanes a pedir un aumento de sueldo equivalente a lo que van a pagar de más. Yo no lo voy a votar en la Cámara y se los digo desde ya, porque entonces no me daría la cara para no votárselo a todos los demás funcionarios públicos no sé cómo haría para no autorizar a los privados para que lo tengan. Eso de decir: somos todos solidarios, vamos arriba y después vengan ustedes que pueden hablar más cerca de mí y se los doy por otro lado, como sé que ya pasó y como sé que ya se sugirió, es una inmoralidad.

Si hay una convicción ideológica en cuanto a que esto, por un sistema de que unos pagan por otros, es lo que tiene que regir, pues será así. Estoy con el Diputado Vega Llanes. Si después los bancarios y funcionarios de lugares donde se recauda dinero que tienen más poder consiguen que lo que pagan con un bolsillo se les devuelva en el otro, me parece que está mal. ¡Digamos las cosas como son! No puede ser que, de alguna

manera, se esté sugiriendo: "No hagan olas, muchachos, que después yo se los arreglo a ustedes". Esto está mal. Acá, en los corredores, se dice que eso ya se sugirió y creo que los visitantes algo dijeron vinculado con el Senado también.

Entonces, yo advierto: mi voto no está para eso. Si esto es lo que se aprueba, que yo no voy a votar afirmativamente, que después no se me pida que tratemos diferente a los funcionarios del Poder Legislativo quienes hoy dicen que hay que tratarlos de esta forma.

Esa eran las aclaraciones que quería hacer.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hay varios señores Diputados anotados para hacer uso de la palabra. Solicito que hagamos un esfuerzo, después de esta larga jornada, para terminar adecuadamente.

SEÑORA CHARLONE.- Quiero hacer una aclaración con relación a esto, porque me considero muy moral y no comparto el tema de las inmoralidades.

Los regímenes de aportación no son iguales para todos los funcionarios públicos. De hecho, los que se incorporaron primero al FONASA tienen un sistema de aportación gradual, lo que quedó claro. Como se incorpora a los funcionarios del Poder Legislativo en esta etapa, de acuerdo con lo que está fijado, quedan con el total del aporte del 6%, cuando otros funcionarios públicos, en realidad, tienen regímenes de aportación parcial, cubriendo el Estado la diferencia para el financiamiento. Si se dice que se puede llegar a hacer algún aporte adicional no estoy comprometiendo una posición, no se está tratando diferente a nadie; en realidad, hay una diferencia de por sí. Al haberlos incorporado ahora, se les fija la totalidad del aporte en este momento.

También hay una diferencia temporal, es cierto y lo reafirmo. En el segundo inciso del artículo 68 se autoriza a la Administración Central y a los Organismos del 220 a que las prestaciones adicionales, las contribuciones, sean financiadas vía Rentas Generales y de acuerdo con lo que determine la reglamentación. ¿Qué pasa? Que como la ley rige a partir del 1º de enero de 2008 y coincide con los plazos presupuestales, esto está permitido para la Administración Central y para los Organismos del 220 a partir del 1º de enero de 2008. El tercer inciso, en el que de alguna manera se trató de contemplar la situación de los funcionarios del Poder Legislativo, no podía fijar la cobertura, como sí se da la posibilidad a la Administración Central y a los Organismos del 220, por un tema de autonomía presupuestal. Pero sí crea una diferencia temporal, porque esto no puede ser considerado en esta Cámara según tengo entendido hasta que se trate el Presupuesto de Secretaría de la Cámara. Entonces, hay un período entre la entrada en vigencia de la ley y el Presupuesto de Secretaría de la Cámara en el que se plantea un desfase, que no se plantea en el caso de los funcionarios de la Administración Central y de los Organismos del 220, porque a partir del 1º de enero de 2008, la Administración puede subsanar este problema vía reglamentación.

Yo comprendo que acá hay sueldos elevados, pero no soy muy partidaria de las nivelaciones para abajo. En todo caso, sí se ha contemplado la incorporación de los aportes progresivos en otros organismos del Estado y la posibilidad de arreglar esto a partir del 1º de enero de 2008 en otros organismos del Estado, lo que no está planteado en esta situación.

SEÑOR ASTI.- Quiero hacer una aclaración dado que se manifestó que cualquier posibilidad de contemplar la situación futura de los funcionarios del Poder Legislativo podía resultar una inmoralidad. Entonces, sacando a los funcionarios de este tema, me pregunto ¿quienes anteriormente fueron aprobando sistemas exclusivamente para los funcionarios del Poder Legislativo y no para todos los funcionarios públicos, cometieron esa inmoralidad? Nada más, señor Presidente.

SEÑOR TROBO.- ¿Y quienes hicieron hacerse cargo a la población de Montevideo de los sistemas especiales para los municipales? De ellos, hay alguno aquí presente, y lo estamos pagando ahora.

Quiero hacer una puntualización. Señores funcionarios del Poder Legislativo: ustedes van a pagar impuesto y en el próximo presupuesto van a perder todos los derechos que tienen actualmente mediante el financiamiento de la cuota mutual. No tengo ninguna duda de que eso será así. Se los acaban de decir. Este es un sistema único que terminará un día en que todo el mundo pagará impuestos y tendrá su cápita. Hay

presiones en algunos organismos del Estado que están logrando, por esa capacidad de presión que tienen el sector financiero tiene una capacidad de presión brutal, alguna negociación que les permita resolver el problema del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas que les afectó algún sector de la banca privada ya lo logró; algunos que tienen más poder, defenderán su situación durante algún tiempo. Pero lo cierto es que el propósito que se persigue acá es destruir todo lo que había, malo o bueno, para crear un sistema único en el que se paga un impuesto y se recibe una cápita. Se terminó. Ese es el tema. Lo acaba de decir el señor Diputado Vega Llanes. Lo que sucede es que, francamente, quienes hemos asistido a esta discusión durante todos estos días que no han sido muchos, pero han sido intensos nunca hemos escuchado las cosas con tanta claridad, porque a todos los que vinieron aquí se les dijo: "Pero miren que lo de ustedes después se va a negociar". Es más: vino gente a decir que estaba esperanzada de que en la negociación iban a resolver ciertos problemas. Eso sucedió, por ejemplo, con las Cajas de Auxilio, cuyos representantes vinieron a decir que habían recibido el compromiso de negociar para aumentarles el sueldo en la diferencia que supone el impuesto que van a pagar y los derechos que pierden. La realidad es que esto va a uniformizar absolutamente todo, lo que se paga y lo que se recibe. Hay algunos que están contentos. Lo que pasa es que hay otros que no están contentos, vienen aquí y les dicen: "Miren que la situación de ustedes es algo diferente". Esa es la realidad; es lo que dijimos desde un principio: burocracia, centralismo y autoritarismo. Está claro que así será para los prestadores, los usuarios y todos los que estamos vinculados de algún modo u otro al sistema de salud.

SEÑOR GANDINI.- ¡Muy bien!

SEÑOR VEGA LLANES.- Habría apostado que íbamos a terminar en esto.

(Interrupción del señor Representante Trobo.- Respuesta del orador)

—— El problema es que las interpretaciones que hace el señor Diputado Trobo responden a su lectura. El señor Diputado Trobo sostiene que está bárbaro. ¡Claro! ¡Si él va, se atiende y no tiene ningún problema! Que haya niños que se mueran por enfermedades prevenibles no parece ser una de las preocupaciones que se tiene.

(Interrupción del señor Representante Trobo.- Respuesta del orador)

SEÑOR PRESIDENTE.- Solicito que no dialoguen.

SEÑOR VEGA LLANES.- Vamos a resolver qué vamos a discutir. Si se hacen alusiones de ese tipo, lo lamento mucho, pero en este proceso de discusión al que, por suerte para algunos, recién me integro no voy a dejar de contestar nada acá ni en el plenario de la Cámara. Sé que mucho de lo que voy a decir se va a usar en forma distinta.

Los países tan socialistas como Francia, España e Inglaterra tienen seguros de salud muchísimo más socializados que este, mucho más, y donde el Estado tiene un peso enorme en atención médica. No estoy hablando de Fidel Castro; quédense tranquilos. No estoy hablando de Cuba, de Venezuela ¿qué otros demonios hay?, de Irán, de Irak o de Corea del Norte. Estoy hablando de países occidentales a los que admiran. Hay otros países, como Estados Unidos, en el que se decidió que cincuenta y cinco millones de personas no se atendieran, y punto; su seguro no les cubre las prestaciones básicas.

Aquí no estamos uniformizando nada; estamos tratando de que todo el mundo tenga un nivel básico, de que no haya un 20% de la población que se lleve el 80% de lo que se gasta en recursos de la salud, mientras el 80% restante solo gasta el 20%, y de que no haya un Fondo Nacional de Recursos al que acceda la minoría, porque a pesar de que los usuarios de Salud Pública son mayoría, son los que menos lo usan debido a que no tienen la capacidad de llegar a los diagnósticos. De alguna manera queremos que, de a poco, esas cosas se vayan estructurando.

En dos años y medio un Gobierno no puede cambiar una salud pública que está absolutamente destrozada por desgobierno durante años y años. Vamos a ser claros.

Puedo aceptar una discrepancia ideológica. Puedo aceptar y me parece muy bien que el señor Diputado Trobo defienda sus privilegios de clase, porque él está bien. Me parece muy bien esto, pero vamos a no mentir. Nos defendemos, pero sin ofender a los demás. Porque yo no ofendo. Si él quiere defender su privilegio, me parece genial. Si él cree que a su familia, me parece notable. Ahora, hay un montón de gente a la que le va peor. Tratamos de que a esa gente le vaya un poco mejor.

SEÑOR TROBO.- Inducir que uno tiene una satisfacción con el dolor ajeno me parece que es un desprecio por la capacidad intelectual del interlocutor que no le corresponde a mi persona. Eso está totalmente fuera de lugar. Aquí nadie tiene el patrimonio de la sensibilidad. Algunos procuran realizarla de una manera y otros de otra. Yo tengo mi visión de la libertad, de cómo se deben hacer las cosas, de la ética, de los componentes que hacen a la competencia y son beneficiosos y que hacen que los individuos ayuden a que la sociedad vaya para adelante. Hay otros que creen que la sociedad puede sobre los individuos y de esa forma pueden realizar algo. Creo que las experiencias internacionales son muy claras. Y ya no es cuestión de gobierno socialista o no socialista o de sistema nacional o no nacional. Lo que estoy diciendo, lo que dije y quizás es lo que ofenda, es que aquí vamos a un sistema en el cual hay una uniformidad absoluta y se disminuyen las capacidades de creatividad para que el sistema funcione. Eso es lo que dije. Y no es porque integre una clase u otra. Yo no integro ninguna clase. Yo soy un trabajador y mi familia es la de un trabajador. Trabajo en un lugar donde tengo un salario bueno. Me conseguí este empleo y lo renuevo cada cinco años y pago mis gastos de acuerdo a ese ingreso. Y desearía que fuera posible que absolutamente todos los uruguayos se atiendan en el sector privado o públicos en las mejores condiciones. Así tiene que ser. Sin embargo, bajo ningún concepto tengo el propósito de disminuir las prestaciones que reciben los que están en el sector privado solamente para equivalerlas con las de los que están en el sector público. Creo que hay que pensar con sentido positivo.

Esa es mi visión, respetuosa de la de los demás. No creo que una visión totalizadora, burocrática, centralizadora, con un poder absoluto en manos de pocos individuos que creen ser los iluminados para resolver en qué salud tenemos que atendernos todos, sea la que resuelva los problemas del Uruguay. Nuestra realidad no es la de los Estados Unidos, ni la de México, tiene que ser la del Uruguay.

El señor Diputado sabe muy bien que el Uruguay, en cuanto a niveles de prestación de salud, es un país de primer mundo, inclusive, en la aplicación de técnicas. Ello es porque ha habido un criterio de mutualización de los riesgos que se viene aplicando desde hace muchísimo tiempo. Es cierto que hay que mejorar, pero bajo ningún concepto destruyendo sino construyendo.

SEÑORA GÓMEZ.- Quiero aclarar que nosotros queremos estar afuera de toda esta discusión política que se da en la Comisión y formular dos apreciaciones.

En primer lugar, como dijo el señor Diputado Trobo, esto se podría cambiar en una instancia presupuestal, pero el Presupuesto de la Cámara se vota en julio del año próximo. El aumento salarial de enero no es una modificación presupuestal, es algo que ya está fijado. Entonces, estaríamos seis o siete meses con una diferencia, a no ser que la Cámara se reúna para cambiar el Presupuesto. De manera que no es tan fácil que en enero esto cambie.

En segundo término, con respecto a lo que decía el señor Diputado Vega Llanes en cuanto a que estábamos en una Comisión equivocada y que teníamos que haber venido para hacer alguna pregunta de la redacción, quiero señalar lo siguiente. El artículo habla de los funcionarios del Palacio Legislativo, pero nunca nombra a los secretarios de los legisladores que no son funcionarios pero tienen los mismos beneficios y seguro de salud que nosotros. Nos surge la duda sobre cuál será el tratamiento para ellos, porque no están incluidos en ningún lado. Creemos que las dos cuestiones son para esta Comisión, pero haciendo referencia a lo que el señor Diputado dijo, esta es una duda de redacción.

SEÑOR GONZÁLEZ ÁLVAREZ.- Creo que la visita de los funcionarios es correcta. Lo que no tengo claro es lo siguiente.

Mañana se comienza a votar en Comisión a partir de la hora 10 de mañana. Los funcionarios podrían solicitar si es que lo quieren no estar incluidos en este sistema. Si no están incluidos, se mantiene todo como está hasta

el día de hoy.

SEÑOR XIMENO.- Ya lo solicitamos.

SEÑOR GONZÁLEZ ÁLVAREZ.- Aquí en la Comisión, no.

Es adecuado venir a esta Comisión para plantear que no se comparte el artículo tal como está redactado y sugerir otra redacción. Eso es lo que dijimos a innumerables delegaciones con respecto a este y a todos los proyectos que se tratan. En la Cámara siempre se escucha a quienes pueden ser beneficiados o perjudicados y así vamos elaborando el proyecto más ecuánime, según lo que cada uno entiende.

En este caso hay un proyecto de ley que los incluye a ustedes. Si están de acuerdo en ser incluidos es una cosa, pero si no quieren ser incluidos deben plantearlo en esta Comisión. No hay ninguna duda de que han hecho bien en venir.

Lo que preguntan sobre cómo les va a ir, puede haber quinientas interpretaciones.

Por algunas manifestaciones que se están haciendo en voz baja, interpreto que ustedes desearían que este artículo no fuera votado tal como vino, o que fuera votado eliminando la inclusión de los funcionarios del Poder Legislativo. Eso es lo que entiendo, no sé si lo van a proponer concretamente.

Lo otro es claro. De la versión taquigráfica de las expresiones del economista Olesker se desprende que si la redacción se aprueba como viene, los que son incluidos van a mantener su seguro como hasta hoy y partir del 1º de enero tendrán que pagar un 6% o un 4,5%, según tengan o no hijos.

Como lo he preguntado a otras delegaciones cuando el tema queda delicuescentemente planteado, me gustaría que dijeran si comparten o no el texto y si están conformes con ser incluidos o desean ser excluidos del artículo y mantener el sistema que tienen hoy.

Esa era mi última pregunta. Muchas gracias.

SEÑOR MUJICA.- Estamos tratando el caso de gente con la cual trabajamos y con la que pretendo tener el mejor vínculo posible, basado en la franqueza, la lealtad y el respeto mutuo.

Quiero que algunas cosas queden claras con respecto al sentido y al contenido de mi voto.

No quiero que quede la más mínima duda de que mi convicción es que todos los funcionarios del Estado deben participar del sostenimiento del seguro de salud. Todos debemos hacerlo, empezando, en el caso del Parlamento, por los legisladores. Todos debemos comprar la bicicleta antes de saber qué tiene y todos debemos pagar por ella, sobre todo, quienes tenemos salarios privilegiados con relación al resto de la población.

En nuestro caso particular no lo pongo como ejemplo sino como dato a tener en cuenta, no vamos a tener posibilidad de negociar nuestro salario hasta dentro de dos años, los que renovemos contrato. Sé que para los funcionarios esto va a significar comenzar a hacer un aporte por un servicio que ya tienen.

Cuando me refiero a que van a tener la posibilidad de negociar en su futuro salario en favor o en contra de este nuevo aporte que harán y amplío diciendo que supongo que eso mismo harán todos los funcionarios públicos y privados del país, es porque yo estoy legislando sobre un sistema nacional de salud y no sobre un sistema nacional de salarios.

Por lo tanto, sin ninguna hipocresía y sin ninguna deslealtad hacia nadie, no creo que tengamos que ir a un salario único nacional. Entonces, cuando dejo abierta la posibilidad a que distintos sectores de trabajadores logren incorporar, o no, en sus salarios los aportes que hacen en futuras negociaciones, lo estoy haciendo en atención a este principio que estoy dispuesto a defender públicamente. No hay ninguna hipocresía al respecto y no hay nada dicho o sobreentendido para que no quede claro; lo digo explícitamente para que figure en la versión taquigráfica.

Obviamente, por una cuestión de reglamento y por lo que estamos consultando, no sé si hay posibilidades de resolver; la negociación de ustedes va a quedar diferida a seis meses con respecto al resto de los funcionarios públicos. Yo no sé si eso lo podemos resolver en esta ley, francamente.

En cuanto a la última pregunta sobre si estamos dispuestos a excluir a los funcionarios del Parlamento de este proyecto que estamos votando, quiero ser bien claro, bien leal y honesto con ustedes: no estoy dispuesto de ninguna manera, ni a sacarme a mí, ni a sacarlos a ustedes. Creo que luego cada uno debe intentar resolver su situación particular como grupo de trabajadores, pero de pique nosotros, los legisladores y los funcionarios del Parlamento, como somos de los funcionarios públicos que estamos en mejores condiciones, debemos empezar a aportar lo antes posible.

No me alegra que esto sea un detrimento para el salario de nadie, ni siquiera para el mío, pero son las reglas de juego de las que a conciencia me hago cargo delante de todos ustedes, y quiero que quede claro que lo voy a votar con total convicción.

SEÑOR XIMENO.- Me alegro que el señor Diputado Mujica esté seguro de sus convicciones; nosotros estamos muy seguros de las nuestras. Seguimos pensando, sin detrimento de lo que el señor Diputado Mujica manifiesta y de lo que están diciendo algunos legisladores del Gobierno, que de cualquier manera mantenemos ciertas incógnitas. Nosotros vamos a sufrir una rebaja salarial durante siete meses porque no tendremos la oportunidad de negociar absolutamente nada. Deberemos pagar directamente de nuestro sueldo. Nosotros lo vemos así y nadie nos ha dicho otra cosa. Al contrario, se han alzado voces de parte del Partido Nacional trasmitiéndonos algunas situaciones todavía peores.

Con todo respeto hacia los señores Diputados, decimos que nosotros nos separamos de la discusión política porque los legisladores son ustedes, y están en todo su derecho de tener una discusión política y filosófica; me parece perfecto porque es parte de la democracia. Francamente, lo digo de todo corazón como lo señalaba el señor Diputado Mujica hace un rato y sin ningún tipo de ocultamiento: nosotros estamos viendo la situación así. De cualquier manera, tomaremos en cuenta algunas de las sugerencias de los señores legisladores, como en este caso la del señor Diputado González Álvarez. Trataremos de hacer llegar una propuesta a la Mesa, en la cual sinteticemos nuestro sentir, afinando un poco la imaginación para ver si puede haber alguna solución en corto plazo. Lo digo porque a mí me está respirando en la nuca el 1º de enero, señores legisladores, y estamos en inferioridad de condiciones con respecto al resto. Los demás están negociando y nosotros, como dije, estamos en inferioridad de condiciones en el sentido de que tendremos que venir a negociar siete meses después.

Muy por encima de todo lo que se dijo, seguimos pensando como se decía: "e pur si muove" que este es y va a seguir siendo el ámbito en el cual nosotros vengamos a poner sobre la mesa nuestras inquietudes, nuestras problemáticas, para resolverlas porque ustedes son los que tienen esa potestad. El tema no radica en que me vaya a sentar con el Presidente de turno o con los señores Secretarios de turno, también, para resolver las temáticas, tanto presupuestales como estatutarias. Hay noventa y nueve legisladores que votan, y me alegro mucho que cada uno de ellos piense con su cabeza, porque muchas veces las decisiones en bloque nos terminan liquidando. Es bueno ver la posibilidad de que hayan por allí algunas pinturas distintas.

Desgraciadamente, y para ser franco, me voy a con esa convicción, un poco a contrapelo de lo que habían dicho algunos legisladores. No nos vamos con muchas respuestas, al contrario, nos vamos con más inquietudes, que plantearemos por escrito.

Repito que estamos en inferioridad de condiciones y seguimos pensando exactamente lo mismo: dentro de seis meses vamos a negociar algo que empezaremos a pagar el 1º de enero. Esa idea no nos la quita nadie de la cabeza; me parece que es así. Es más: si le tengo que poner un adjetivo a esto diría que es injusto. De cualquier manera, las reglas de juego están echadas. Nosotros hemos tratado de hacer llegar a todos los legisladores las inquietudes que no solo son nuestras sino de las tres Unidades Ejecutoras. Creo que fuimos muy claros y muy firmes, y se ha tomado versión taquigráfica.

Personalmente, nos hemos encargado de hacerles llegar a cada uno de los legisladores, tanto a los señores Senadores como a los señores Diputados, la carta con el manifiesto de la mesa representativa del Poder Legislativo, y sirvió para mucho porque se ha cambiado un poco el rumbo.

En consecuencia, haremos llegar por escrito a la Comisión la inquietud que surja del cuerpo; tendremos que hacer una Asamblea General a efectos de informar a los compañeros y buscar una propuesta en común para hacerla llegar a los legisladores. Nosotros, que somos de la Casa y que por extensión somos compañeros, más allá de que algunos no nos consideren de esa manera, buscaremos la vía de una carta tipo manifiesto, que surgirá de la Asamblea General de AFUCAR, como posibilidad de obtener alguna respuesta concreta.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos su presencia.

(Se retira de Sala la delegación de AFUCAR)

SEÑOR ASTI.- Quiero hacer una aclaración para que conste en la versión taquigráfica.

En horas del mediodía me retiré de Sala ante una obvia violación del Reglamento de parte del señor Diputado Trobo, quien tuvo una actitud de bravuconada, fuera de Reglamento, que desde el punto de vista personal, atendiendo a lo reglamentario, no voy a aceptar se dé nuevamente; si lo hice fue para no complicar el trabajo de la Mesa ni el trámite de la discusión, teniendo en cuenta que había delegaciones que estaban esperando ingresar a la Comisión. Por más cantidad de años que se tengan en esta Casa no vamos a aceptar que se viole de forma flagrante el Reglamento.

Por lo tanto, pido que ante cualquier otra actitud de este tipo que, reitero, no acepto a título personal ni reglamentario se corrija la situación.

Nada más, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que el planteamiento del señor Diputado Asti ha sido hecho con la sana intención de buscar acuerdos pero, de hecho, cuestiona la actitud de la Mesa, que durante todo el desarrollo de la situación que vivimos en horas de la mañana buscó atemperar los ánimos.

En unos instantes vamos a leer el artículo correspondiente del Reglamento de la Cámara de Representantes.

SEÑOR TROBO.- Señor Presidente: yo conozco el Reglamento y no tiene por qué leérmelo.

A mí me llama la atención la reacción del señor Diputado Asti. Del mismo modo me llamó la atención, señor Diputado Asti, su actitud, que estuvo totalmente fuera de lugar, y lo vuelvo a decir. Yo hice un planteamiento en la Comisión y no debo revelar quién me dijo si en lo que planteé tenía razón o no; sí puedo decir que la persona que me dijo con posterioridad a mi planteamiento que tenía razón con lo que acababa de manifestar, a mí me deja íntimamente satisfecho.

Yo planteé una cuestión que me parecía que no había sido adaptada a una norma de respeto mutuo en el tratamiento de los temas en la Comisión, y lo hice porque se publicó en un medio de prensa, y no porque estuviera en otro lado.

Después de que formulé ese planteo, antes de que se me diera una explicación yo lo admití públicamente; usted, señor Diputado no la habrá escuchado, pero figura en la versión taquigráfica, me di por satisfecho con el planteamiento que se hizo, hasta con las disculpas que se me pidieron, que era evidente que eso se tenía que hacer por parte de quien yo señalaba que había tenido una actitud que no compartía o no correspondía con un comportamiento parlamentario habitual y de respeto mutuo.

Usted, señor Diputado, ingresó a terciar en un tema en el que no tenía nada que ver, y me faltó el respeto porque yo deseaba, por lo menos en consideración al respeto que merezco como cualquier otro, que me respondiera la persona a la que había aludido.

Para mí el episodio fue ese; para mí lo que dijo el señor Diputado Asti no tiene ningún valor y no existe. Podrá existir en la versión taquigráfica, pero en mis antecedentes y en mi memoria, no existe.

SEÑOR ASTI.- Aclaro que si ese hubiera sido el tono empleado por el señor Diputado Trobo mi reacción hubiese sido distinta. También aclaro que mi posición en ese momento fue la de la

oportunidad: durante más de media hora una delegación estaba esperando para ingresar a Sala, delante de nosotros, asombrados por las exposiciones que se estaban dando.

Por supuesto que acepto al señor Diputado Trobo, y a cualquier otro señor Diputado, sin importar los años que pueda tener como legislador, la posibilidad de hacer cualquier planteamiento. Me pareció por eso dije que iba a pedir la palabra para plantear una cuestión de orden que ese no era el momento oportuno para hacer esos planteamientos, sobre todo cuando había una delegación que iba a ingresar a Sala después de haber esperado más de 30 o 40 minutos para ser recibida.

Esa fue mi única intervención en ese tema, y no para que la persona aludida en la extensa lectura que hizo el señor Diputado Trobo no pudiera responder. Sabía que iba responder y sabía que tenía razones para hacerlo, pero me parecía y me sigue pareciendo un real despropósito que la delegación siguiera esperando para ser recibida, cuando el planteamiento se podría haber hecho cuando no hubiera delegaciones presentes y, además, que haya escuchado todo lo que aquí se dijo porque la puerta estaba abierta. Mi único motivo no era censurar a alguien, sino aprovechar el tiempo para sacar adelante el orden del día.

No es que no acepte lo que haya dicho; lo que no acepto son los términos con los que se refirió a un señor Diputado presente en ese momento.

Nada más, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Zanjado este hecho, y teniendo en cuenta las condiciones en las que hemos trabajado durante estos días, ha sido un gusto compartir con todos ustedes este tiempo.

Se levanta la reunión.